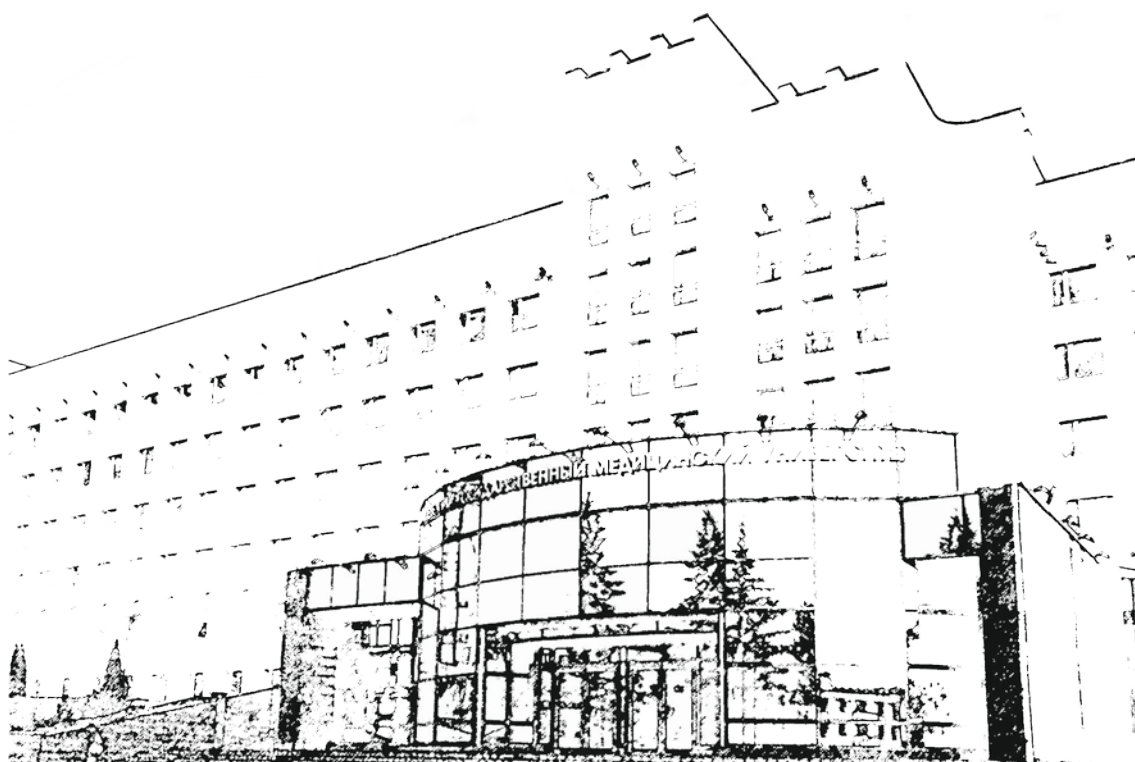


В.И. Петухов

ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

методические рекомендации
для самоподготовки врачей общей практики



Витебск
2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ХИРУРГИИ ФПК и ПК



В.И. Петухов

ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

методические рекомендации
для самоподготовки врачей общей практики

Витебск, 2021

УДК 617.58: 616.14-007.64 (075.8)

ББК 54.102.3я73

П 31

Рецензент: доктор медицинских наук, профессор Т.С.Дивакова.

Петухов В.И.

П 31 Варикозная болезнь нижних конечностей : метод. реком. для самоподготовки врачей общей практики / В.И.Петухов. – Витебск, 2021. – 80 с.

Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим Советом ВГМУ (Протокол № 10 от 16.12.2020г.)

ISBN 978-985-580-048-5

ISBN 978-985-580-048-5

© Петухов В.И., 2021

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2021

ВВЕДЕНИЕ

Варикозное расширение вен нижних конечностей (ВРВНК) относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям. Оно поражает большое количество людей, приводит к значительным трудопотерям, а иногда и инвалидности. Заболеваемость ВРВНК колеблется от 10-17% до 20-24% а количество больных среди трудоспособного населения по нашим данным, достигает 30%. Основным методом лечения ВРВНК в настоящее время является оперативное, то же время доля оперированных больных составляет не более 6-7%. Это обусловлено двумя основными причинами. Первая состоит в том, что варикозное расширение вен на ранних стадиях не подлежит оперативному лечению, и пациент должен ожидать развития заболевания до определенной стадии, когда появятся показания к операции. Вторая причина заключается в том, что пациенты боятся оперативного лечения и наркоза, поэтому многие из них обращаются за врачебной помощью не тогда, когда появляются врачебные показания к операции, а когда имеются выраженные функциональные и морфологические нарушения. Это приводит к тяжелым осложнениям. По данным В.С.Савельева количество венозных тромбозов в России в 1999 году вдвое превысило количество больных с первично выявленным туберкулезом и впятеро – больных с ВИЧ-инфекцией, при этом до 40% тромбозов несут в себе угрозу тяжелейшего и опасного для жизни осложнения – тромбоэмболии легочной артерии. По литературным данным, трофические язвы развиваются у больных варикозным расширением вен в 3,7 – 60% случаев. В результате развития осложнений увеличиваются сроки лечения, отмечается рост временной нетрудоспособности, снижается эффективность оперативного лечения.

Большинство врачей, как правило, испытывает затруднения в оценке степени нарушения функции венозной системы, в установлении точного морфо-функционального диагноза. Показания к тому или иному методу лечения, базируются на представлениях, сложившихся 30-50 лет тому назад. В то же время, очень сложно собрать воедино все методы обследования, разработанные в доинструментальный период, и сопоставить их с данными инструментальных исследований. Большинство хирургов не могут реально определить для себя ценность функциональных проб, так как их реальное выполнение давно оставлено, поиски же по литературным источникам либо бесплодны, либо описания в них неточны.

Очень много ошибок в дифференциальной диагностике посттромбофлебитического синдрома и варикозного расширения вен в стадии декомпенсации, что приводит к отказу от своевременного оперативного лечения там, где это еще возможно. Часто диагноз тромбофлебита глубоких вен ставится безосновательно, но преследует пациента всю оставшуюся жизнь, тогда как он должен получать адекватное лечение совсем по другому поводу. С другой стороны, далеко не всегда вовремя диагностируется развивающаяся венозная патология.

Между тем сама варикозная болезнь чрезвычайно вариабильна по времени и причинам ее возникновения, длительности существования, характеристикам венозной стенки, форме варикозного расширения, распространенности и «географии» венозной сети. Кроме того, сравнивая результаты, оперативного и консервативного лечения, никто и никогда не упоминает о таких факторах, как неблагоприятное воздействие некоторых видов обезболивания, психо-эмоциональный стресс. Достаточно серьезной проблемой оперативного лечения

являются ложные рецидивы, которые на практике оперируются очень редко, а между тем порой приносят новые страдания.

Появление интереса к тем или иным методам лечения, подчас забытым или, казалось бы, навсегда оставленным, явление в медицине нередкое. Проходит время, всякое новое течение постепенно истощает себя и в научном и в практическом плане, появляется неудовлетворенность результатами, а, следовательно, и стремление найти новые пути в лечебной практике. Здесь возможны два направления: первое - связано с кардинальным изменением взгляда на патологию и методы ее коррекции, как это произошло, например, с кардиологией, значительную часть которой составляет сейчас кардиохирургия, второе состоит в постепенной взаимной адаптации различных методов лечения в зависимости от формы, стадии, распространенности процесса. Одним из таких методов является флебосклерозирующая терапия (ФСТ).

Применение ФСТ потребовало пересмотра ряда классификаций варикозной болезни, в частности по характеру варикоза, распространенности, характеристике венозной стенки и так далее. Это позволило с одной стороны более точно прогнозировать результаты лечения, с другой - с течением времени и накоплением опыта, уточнить показания, и, следовательно, еще точнее определить ту нишу, которую, по нашему мнению, должна занять флебосклерозирующая терапия в системе лечения варикозной болезни.

Примерно так же сложилась судьба еще одного метода – метода эластической компрессии, которому некоторые авторы вообще не придавали существенного значения. Даже известный авторитет во флебологии, Д.Г.Мамамтавришвили, в своей книге «Болезни вен», изданной в 1964 году, ограничился четырьмя строками, сообщив, что способы бинтования хорошо описаны у И.М.Тальмана. Кто из

практических врачей сейчас может сказать, чем метод наложения повязки по Сиггу, отличается от метода бинтования по Фишеру-Шнейдеру? Как правильно наложить эластический бинт? Есть ли у него преимущества перед эластическим чулком? Кому показано применение эластического компрессионного трикотажа и что он из себя представляет? Чем лечебный трикотаж отличается от профилактического и как правильно выбрать компрессионные гольфы, чулки или колготки? Ответов на эти вопросы как правило нет не только у пациентов, но и у большинства практикующих врачей.

Лекарственная терапия ВРВНК проводится бессистемно, препараты назначаются лишь при появлении какого-либо осложнения, о профилактическом, поддерживающем лечении в ранних стадиях заболевания большинство участковых врачей, да и хирургов, имеют смутное представление.

Существует еще один немаловажный аспект проблемы. По отношению к варикозной болезни среди врачей существует только один взгляд на эту патологию: ее оперировать либо «слишком рано», либо «уже пора», то есть на практике она классифицируется вообще на две стадии. Использование склерозирующей терапии позволяет посмотреть на варикозную болезнь совсем с других позиций, позволяет не только расширить свой профессиональный взор до стадийности процесса, но и увидеть варикозную болезнь как этапное заболевание, которое в связи с этим может подвергаться поэтапному лечению по мере развития. С позиций флебосклерозирующей терапии привычные для нас хирургические



формы варикозной болезни уже можно рассматривать как запущенные, хотя и подлежащие излечению.

Понимание особенностей варикозной болезни, как заболевания требующего в каждом отдельном случае внимания, хорошего знания анатомии, причин развития патологии, путей ее преодоления, методов лечения, дает нам право попытаться обобщить и систематизировать опыт наших предшественников, а также свой опыт работы с этой группой больных на протяжении более чем четверти века.

Мы предлагаем Вам практическое руководство о том, как распознать и чем лечить варикозное расширение вен нижних конечностей.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Нет нужды доказывать, что варикозная болезнь широко распространена, хотя определенно сказать сколько больных приходится на тысячу населения, вряд ли возьмется даже медицинская статистика. Имеются данные по заболеваемости на производственных предприятиях и в сельской местности, у беременных, по обращаемости, стоящих на диспансерном наблюдении, однако ни одна из этих цифр не отражает истинного положения вещей.

ЧТО ТАКОЕ ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН?

Все человеческое тело пронизано тремя видами сосудов – артериальными, венозными и лимфатическими. Артерии – это сосуды, которые несут кровь обогащенную кислородом и питательными веществами от сердца по всем органам и тканям. Они работают активно,

их работу мы можем выявить по пульсу на запястье, в локтевом сгибе, на шее, в паховых областях. Пульс – это и есть физическое проявление потока крови от центра к периферии. Вены более нежные сосуды, они не пульсируют, а собирают «отработанную» кровь из тканей и возвращают ее назад в сердце и легкие, для следующего цикла обогащения кислородом. Некоторые из них, те которые называются поверхностными, можно видеть. Они хорошо различимы на тыле кисти и стопы, на предплечьях и голених. Именно в вену в области локтевого сгиба при необходимости делаются инъекции и вливания, чтобы лекарственный препарат как можно быстрее достиг своей цели. Лимфатические сосуды собирают межтканевую жидкость и через венозную систему возвращают ее в кровяное русло. В данном случае нас интересуют именно венозные сосуды, так как заболевание, которое называется «варикозное расширение вен», относится именно к венозным сосудам, и чаще всего к поверхностным венам нижних конечностей. ***Варикозным расширением вен нижних конечностей называется заболевание, в результате которого поверхностные вены на ногах становятся извитыми или выступающими над кожей, что приводит к застою крови, отекающей от нижних конечностей и нарушению кровотока в них.***

Какие вены чаще всего расширяются?

Венозная система нижних конечностей, развивающаяся при патологии в варикозную болезнь, представлена сосудами, расположенными целиком над поверхностной фасцией. Это развитая сеть венозных притоков, часто соединяющихся между собой и сливающихся в конечном итоге в две наиболее постоянные, магистральные подкожные вены – большую и малую.

Большая подкожная вена расположена поверх фасции голени и бедра. Она начинается от внутренней краевой вены, в которую впадают вены преимущественно из венозной сети внутренней части тыла стопы. Из области стопы внутренняя краевая вена продолжается вверх на голень совместно с подкожным нервом впереди внутренней лодыжки. Далее она уже называется «Большая подкожная вена», и располагается по внутренней поверхности голени. На бедре большая подкожная вена продолжается кнутри от коленного сустава располагаясь поверх дистального конца портняжной мышцы. Диаметр большой подкожной вены по мере включения в нее притоков постепенно нарастает, достигая 7 мм. В области паховой складки эта вена впадает в бедренную вену. В большой подкожной вене имеются клапаны: в области голени – 3-5, на бедре – 3-6 клапанов. Она имеет множество связей с глубокими венами на голени и на бедре, а также с малой подкожной веной.



Из вариантов, наиболее часто встречается добавочная подкожная вена бедра, в которую отводится кровь внутренней и отчасти задней поверхности бедра. Редко встречается значительная по

калибру передняя подкожная вена, расположенная на наружной поверхности бедра.

Малая подкожная вена является непосредственным продолжением кверху наружной краевой вены тыла стопы. В ее образовании принимают участие ветви подкожной подошвенной венозной дуги. Она идет по задней поверхности и направляется к подколенной ямке. Малая подкожная вена имеет 9-10 клапанов.

Бедернопоколенная вена. Она располагается на задней поверхности бедра и вверху впадает в бедренную вену, а в области колена, в подколенную, таким образом, эта вена имеет два устья.

Патологическому перерождению подвергаются, как правило, именно эти вены, при этом преимущественно поражается большая подкожная вена. Изолированные варикозы малой подкожной вены встречаются значительно реже. Следует помнить о том, что подкожные вены нижних конечностей имеют достаточно широкую сеть соединений с глубокими венами на всем протяжении конечности.

Каковы причины заболевания?

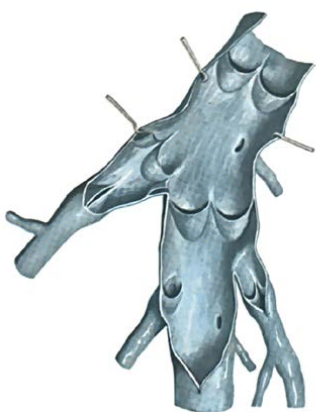
Предложены различные теории причин развития варикозной болезни: механическая; врожденной или приобретенной клапанной недостаточности и слабости мышечных и эластических волокон соединительной ткани; инфекционно – аллергическая; нейроэндокринная и многие другие.

Механическая теория основывается на отрицательном действии гидростатического давления на стенку вены



в положении больного стоя и при действии всех факторов, ведущих к повышению внутрибрюшного давления, затрудняющих венозный отток из бассейна нижней полой вены (беременность, опухоли малого таза и брюшной полости, тяжелая физическая работа, длительная работа стоя или сидя, хронические колиты, сопровождающиеся запорами и др.). Существенное значение в развитии, и, особенно прогрессировании ВРВНК, имеет избыточный вес пациента.

У человека в положении стоя в покое даже при полноценной структуре клапанов и венозной стенке гидростатическое давление в венах нижних конечностей равно высоте столба крови от правого предсердия до точки измерения на нижних конечностях. Полноценные



клапаны, рассекают этот столб на отдельные фрагменты, снижают отрицательное действие на них толчкообразных нагрузок.

Между тем при работе мышечного насоса нижних конечностей венозный кровоток в них в основном осуществляется систолическим сокращением мышц. Именно благодаря работе мышц, кровь из нижних конечностей может двигаться снизу вверх. При малоподвижном образе жизни венозное русло переполняется и вследствие длительного действия высокого гидростатического давления на венозную стенку вена расширяется, створки клапанов расходятся. Наступает относительная клапанная недостаточность. Этот процесс проходит значительно быстрее при врожденной или приобретенной слабости мышечных и эластических структур венозной стенки и самого клапана, а также при врожденном их недоразвитии.

Таким образом, все факторы которые воздействуют на венозную систему нижних конечностей, следует разделить на два ряда причин – предрасполагающие и производящие.

На сегодняшний день не вызывает сомнений, что основной predisposing причиной варикозной болезни является **наследственный фактор**. По различным источникам, так называемая «врожденная» predisposedness встречается у 40-78% больных варикозной болезнью. По нашим данным, 67,3% больных указывают на наличие варикоза у матери, отца, обоих родителей, либо о таком же заболевании у сестер и братьев отца или матери, у бабушки по отцовской или материнской линии.

У 52% женщин **беременность и роды** послужили или второй или единственной причиной развития варикозной болезни.

Нами выявлено, что общий процент заболеваемости в нашей стране составил 28,4%. Из лиц, не связанных с тяжелым физическим трудом больных ВРВНК среди мужчин оказалось 12%, среди женщин 21,5%. Заболеваемость у людей, связанных с тяжелым физическим трудом составила 29% среди мужчин и 31% среди женщин.

В каком возрасте начинается Варикозное расширение?

Наиболее значимым для варикозного расширения вен является возраст 40-50 лет, однако это вовсе не означает, что заболевание появляется именно в этом возрасте, просто к 40 – 50 годам у большинства больных появляются такие функциональные нарушения, которые заставляют пациента обратиться к врачу

Возраст	%
До 20 лет	0,94
21-30	10,24

31-40	16,88
41-50	39,08
51-60	24,85
61 и старше	7,96
Всего:	100

По данным Российских авторов, считается, что при правильно поставленной диспансеризации, количество больных ВБ среди подростков составляет 36 на 1000 обследованных.

Исследователями Германии зарегистрированы клинические появления варикозной болезни у 30,2 % подростков 14 – 16 лет, при этом у 14 % из них наблюдались выраженные трансформации поверхностных вен, а 56 % детской популяции имеют доклинические признаки заболеваний вен нижних конечностей.

Программируемыми исследованиями с акцентом на варикозную болезнь (D.E.F.I. – Франция 1995 г.) установлено, что хроническое поражение вен нижних конечностей наблюдается у 52,6% взрослого населения. Отдельные авторы отмечают наличие нарушений оттока из нижних конечностей у 80 – 90 % населения.

ДИАГНОСТИКА

Прежде чем говорить о клинических проявлениях варикозной болезни, следует, по нашему мнению, обратить внимание на тот факт, что значительная часть населения часто не ассоциирует начало заболевания с появлением морфологических проявлений. Большинство носителей ВРВНК начинают придавать значение своему заболеванию

только тогда, когда оно начинает приносить физические неудобства и даже страдания, поэтому 56,9% пациентов никогда не применяют никаких лечебных мероприятий, а 29,3% лечится эпизодически, ограничиваясь либо однократным применением назначенного лечения, либо время от времени повторяя его только во время появления неприятных ощущений в конечностях. Только 14 % пациентов до посещения флебологического приема получало специализированное лечение.

Клинические проявления варикозной болезни чрезвычайно разнообразны поэтому первичная диагностика варикозной болезни включает изучение анамнеза, осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию. Эти классические методы диагностики чрезвычайно важны и позволяют опытному специалисту получить большую информацию и с большой степенью достоверности судить о характере изменений глубоких и коммуникантных вен, особенностях нарушений венозного оттока.

В субклинической стадии заболевания больные обычно не обращаются к врачу, а если обращаются, то при отсутствии расширения поверхностных вен диагноз варикозной болезни категорически отвергается. Для этой стадии характерны чувство тяжести в ногах, цианоз, отек в области лодыжек и другие нарушения без признаков расширения подкожных вен. Такие ранние симптомы часто обусловлены первичным поражением глубоких вен, возможно сочетающиеся с поражением коммуникантных вен.

Клинические проявления ВРВНК начинаются при наличии его основного симптома – варикозного расширения поверхностных вен. Первые объективные признаки в виде расширения подкожных вен нередко появляются в юношеском возрасте. Наиболее настороженно реагируют на видимые признаки варикозного расширения вен молодые

женщины, обращающиеся к хирургу за медицинской помощью по косметическим мотивам. Другие больные, несмотря на выраженные проявления ВРВНК, зачастую обращаются за медпомощью при возникновении осложнений болезни в виде воспаления вен (тромбофлебита), потемнения и уплотнения кожи голени, уплотнения подкожной жировой клетчатки, дерматита или образования трофической язвы.

Особенно следует выделить категорию больных пожилого возраста с длительно незаживающими варикозными язвами, у которых лечение, и в первую очередь оперативное, затруднено из-за сопутствующих заболеваний. Такие, нередко одинокие люди, тяжело проводят свои последние годы жизни и умирают, с незажившими трофическими язвами.

В развитии ВРВНК обычно различают стадийность. Субклиническая стадия до появления расширения подкожных вен на настоящем этапе развития флебологии заслуживает тщательного изучения. Распознавание ранней стадии заболевания позволяет проводить превентивное лечение, что соответствует основным принципам отечественной медицины.

Расширение поверхностных вен (основной признак ВРВНК) – чаще возникает в верхней трети голени, однако расширенные вены могут первично проявляться в любых отделах одной или одновременно обеих нижних конечностей. Характер варикозных расширений подкожных вен в значительной мере определяется исходным вариантом их анатомического строения, восходящей или нисходящей формой заболевания. ВРВНК в начальных стадиях развития может проявляться локальными расширениями вен в области стопы, в отдельных участках голеней, подколенной области. Примерно у 80% пациентов наблюдается расширение вен в бассейне большой подкожной вены. Изолированное

расширение вен в бассейне малой подкожной вены встречается в 5-7% наблюдений. Одновременное изменение вен в системах большой и малой подкожных вен наблюдается в 20%.

Жалобы больных, у которых нет трофических нарушений, неопределенны, полиморфны. Большинство больных жалуется на тупые, ноющие боли в ногах, особенно в области варикозных узлов, а также в икроножных мышцах, которые напоминают боли при тромбоблитерирующих поражениях артерий и усиливаются во время длительного хождения и тяжелой работы. Многие больные, страдающие варикозным расширением подкожных вен, жалуются на быструю утомляемость, тупые боли в области коленного, голеностопного суставов, ноющие боли костей голеней, особенно после хождения или после работы стоя, чувство жжения на подошвенной поверхности стопы и появление отеков, которые после длительного пребывания в постели не всегда исчезают. Чувство тяжести в ногах нередко вынуждает больных отдыхать днем с приподнятыми конечностями. Со временем возникают ночные судороги, которые большинство пациентов вовсе не связывают с наличием расширенных вен.

В то же время бывает так, что люди с обширными варикозными расширениями вен не предъявляют существенных жалоб.

Для запущенных форм заболевания характерно возникновение трофических язв. Обычно они образуются на внутренней поверхности нижней трети голеней, в области медиальной лодыжки и сравнительно редко у латеральной лодыжки. Среди тяжелых осложнений ВРВНК наиболее часто встречается тромбофлебит, кровоизлияния и кровотечения. На фоне варикозного расширения вен, особенно при наличии трофических язв, индуративных целлюлитов, наблюдаются также рожистые воспаления. Такого рода осложнения многократно повторяясь, отягощают болезнь. Особую опасность представляет

рецидивирующее рожистое воспаление. Сочетание ВРВНК с лимфостазом отличается наиболее тяжелым течением с образованием длительно незаживающих трофических язв.

Формы ВРВНК (восходящая и нисходящая) наиболее четко различаются в начальных стадиях развития заболевания. В процессе болезни различие между формами стираются, и в запущенных стадиях зоной максимальных трофических изменений мягких тканей, вплоть до изъязвления, неизменно является внутренняя поверхность нижней трети голени.

В процессе развития ВРВНК смена стадий вначале происходит преимущественно в виде утяжеления симптомов и признаков. Последние стадии болезни обычно начинают развиваться после присоединения различного рода осложнений в виде дерматитов или тромбозов. Иногда непосредственной причиной изъязвлений является травма или укусы насекомых.

Темп развития заболевания от начальных проявлений до декомпенсации очень различен и составляет, по нашим наблюдениям, от 8 до 20 и более лет. Существуют развитые, мощные расширения с крупными венами и длительностью течения более двадцати лет и не перешедшие в стадию собственно декомпенсации, не имеющие грубых морфологических изменений со стороны кожи и ограничивающиеся, хотя и систематическими, но легко проходящими отеками. Заболевание порой застывает на этой стадии и существует так на протяжении нескольких лет.

Развитие язвенного процесса, как известно, тоже стадийно и язвы, которые в начале процесса декомпенсации заживают под воздействием лечения, в последующем становятся хроническими и незаживающими, как и при ПТФС, что, собственно, и приводит к путанице.

Развитие варикозного расширения вен постепенное, постоянно прогрессирующее, длящееся годами, при этом изменения со стороны гидродинамики конечности и состояния кожи прогрессируют соответственно развитию заболевания. Внешних проявлений, предшествующих развитию варикозного расширения не бывает никаких. Появление и постепенное увеличение той или иной вены всегда первично.

Последовательность развития патологических изменений выглядит, как правило, следующим образом:

- отсутствие нарушений
- чувство тяжести в ногах (гудят ноги)
- эпизодические отеки
- ночные судороги
- систематические отеки
- постоянные отеки
- гиперпигментация (потемнение) кожи, дерматиты
- хронические отеки
- плохое заживление ран, ссадин на голени
- язвы

Разумеется, прежде чем выделить на основании указанных симптомов степень нарушения кровотока, следует расшифровать каждый термин. Под эпизодическими отеками следует понимать такое состояние больных, когда им приходится вспоминать об отдельных фактах появления изолированного отека пораженной конечности. Понятие систематических отеков уже напрямую связано с недостаточностью венозного оттока. К ним следует отнести регулярно появляющиеся отеки голеней, особенно в области лодыжек после напряженного дня. Женщины впервые замечают их в конце рабочего

дня, меняя обувь, Эти отеки всегда проходят за ночь, в спокойные дни могут не появляться вовсе. Постоянные отеки, как правило, связаны с дальнейшим прогрессированием патологии и характеризуются тем, что за время отдыха проходят не всегда. После проведенного курса лечения они исчезают, но после нагрузки неизбежно появляются вновь. И, наконец, хронические отеки. Они, как правило, сопровождают гиперпигментацию (но могут быть и самостоятельными), появление их свидетельствует о присоединении лимфостаза. Другие термины настолько определены, что не требуют пояснения.

ВНЕШНИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Внешне варикозные вены очень разнообразны. Это могут быть отдельные ветви или узлы, это может быть распространенная венозная сеть на стопе с переходом на голень, а может занимать только бедро по наружной или внутренней поверхности его. Варикозное расширение может выглядеть как отдельный крупный и напряженный узел, а может – как тоненький голубой ручеек на всем протяжении. Исходя из этого, выделяется несколько типов расширения, в зависимости от распространенности его и степени вовлечения различных ветвей и притоков, а также несколько разновидностей изменения самой венозной стенки, что в конечном итоге существенно влияет на выбор методов лечения.

1. *Магистральный тип*. Характеризуется выраженным развитием варикозного процесса с образованием расширений непосредственно в большой или малой подкожной вене, а также в 1-2 ветвях первого порядка. Количество пациентов – носителей магистрального типа вен составляет 44%

2. *Магистральный разветвленный тип* составляет значительную группу среди больных ВРВНК. Он должен включать в себя наличие варикозно расширенных магистральных вен, а также варикозно расширенных притоков первого и второго порядка. По нашим данным клинического характера, количество таких больных составляет около 29%.

3. *Рассыпной тип*. Встречаются ситуации, когда четко выраженная магистраль отсутствует вообще. Внешне это проявляется наличием развитой сети варикозных вен среди которых невозможно выделить магистраль. Среди наших пациентов, больных с такой формой расширения было 18 %.

4. *Сегментарный тип*. Этот тип варикозного расширения в медицинской литературе практически не встречается. Собственно, как самостоятельная форма, сегментарный тип строения варикозного расширения и не мог интересовать хирургов, так как для целей оперативного лечения наличие отдельных сегментов, не является показанием к радикальному удалению всей вены. Сегментарный тип строения составляет 5,7% всех пациентов, обращающихся за помощью по поводу варикозного расширения вен.

5. *Паравенозный тип*. Это разнообразная группа, которая включает в себя больных с отдельными узлами, «паучками», «звездочками», «прожилками». Такие больные составляют группу в 3,3%.

По характеру изменения самой стенки вены, различают:

1. *Линейное расширение*. Оно характеризуется более или менее равномерным расширением вены на всем ее протяжении,

сопровожающееся, как правило, удлинением венозного ствола, вена при этом становится извитой.

2. *Мешотчатое расширение.* Характеризуется образованием отдельных варикозных узлов, диаметр которых намного превосходит первоначальный диаметр вены. Стенка такого мешка, как правило, тонкая, эластичная. Мешотчатое расширение может быть как в виде отдельного «солитарного» узла, так и представлять собой избыточное расширение вены.

3. *Кавернозноподобное расширение.* Подобные элементы развиваются, как правило, у больных, страдающих варикозным расширением вен длительное время, при этом близлежащие вены с извитыми стволами теряют меж своими стенками жировые прослойки, которые превращаются в соединительную ткань.

4. *Капиллярные расширения* («звездочки», «паучки», прожилки»). Эти элементы не являются собственно варикозным расширением вен, хотя часто его сопровождают, но коль скоро эти элементы могут быть излечены инъекционными методами, мы посчитали возможным включить их в классификацию (3,75%).

В 10,65% случаев встречаются комбинации вышеприведенных видов расширения.

Отдельно следует отметить и характеристику сосудистой стенки у больных ВРВНК. На практике порой приходится сталкиваться с изолированными, ограниченными расширениями вен очень нежных, малых притоков, располагающихся непосредственно под кожей. Стенка таких вен чрезвычайно тонка, податлива. Вена имеет вид голубого извитого ручейка. Разумеется, подобные расширения не приводят к функциональным нарушениям, но представляют собой порой значительный косметический дефект. Такие изолированные расширения, существуя самостоятельно, не являются предтечей

варикозного расширения вен нижних конечностей, после ликвидации их не восстанавливаются. Это первый тип венозной стенки, которую мы условно называем «тонкая» вена.

Если длительность заболевания невелика, но имеется распространенное расширение, варикозная вена мягкая и эластичная на всем протяжении и со всех сторон. Она легко сжимается пальцем и опорожняется, в ней не пальпируется уплотнений, хотя размер ее может быть и значительным. Такая вена по нашей классификации получила название «мягкой».

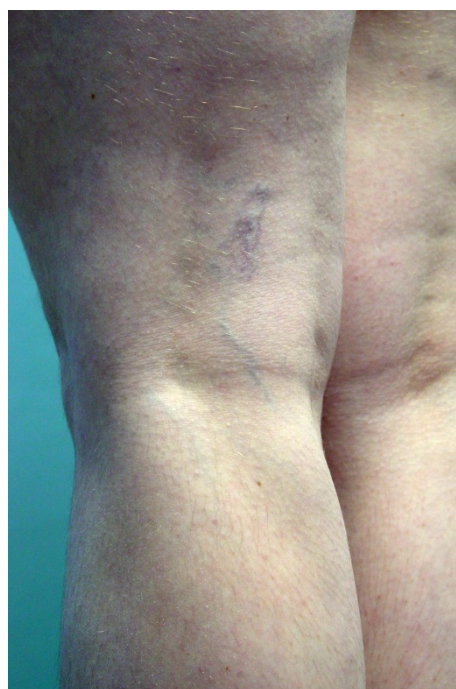
Тип венозной стенки, которую мы называем «плотная», встречается чаще у мужчин, хотя может быть и у женщин. Внешне такая вена похожа на второй тип, то есть на «мягкую» вену, однако стенка такой вены толще и более упругая на ощупь, в то же время эластичная, передняя и задняя стенки легко соприкасаются при сдавливании, так как задняя стенка свободна и лежит, как правило, непосредственно на фасции.

При наличии длительного заболевания, за счет давления расширяющейся вены, окружающая ее клетчатка подвергается уплотнению и частично фиброзному перерождению и, если, на передней стенке, прилежащей к коже, изменяющийся тканевой комплекс превращается в собственно варикоз, то задняя полуокружность вены с окружающими тканями постепенно превращается в подобие желоба, с достаточно плотной стенкой, фиксированной к окружающим тканям. Она теряет эластичность и способность спадаться при обескровливании вены. Клинически это легко определяется в горизонтальном положении больного при поднятой конечности. Если в «мягкая» вена при этом практически не видна, или просматривается через кожу в виде синеватой полоски, то длительно существовавшая после опорожнения четко

прослеживается в виде более или менее глубокой «канавки», повторяющей по своему ходу все изгибы варикозной вены.

Как выглядят варикозные вены.

Внешний вид варикозно расширенных вен так же разнообразен, как и клинические проявления заболевания. Одним из самых минимальных проявлений варикозной болезни является появление на коже очень тонких прожилок, которые могут представлять собой отдельные разрозненные капилляры, разбросанные по большой поверхности голени или бедра. Чаще всего эти капилляры образуют синеватое пятно, которое при ближайшем рассмотрении оказывается единой сетью мелких капиллярных расширений, объединенных в более или менее крупное образование, которое выглядит как паучок.



Следует отметить, что подобные расширения никогда не вызывают нарушений кровообращения, однако замечено, что в момент формирования паучка, пациентки ощущают боль в этом месте, которая чаще всего оценивается как чувство жжения. Паучки могут быть единичными и множественными. Часто в центре паучка можно видеть участок более выраженного расширения, которое, собственно и является анатомическим и функциональным центром этого образования. Паучки не вызывают нарушений кровообращения, они не могут являться причиной отеков ног, судорог, болей в ногах и других тягостных

ощущений. Причину этих ощущений надо искать в деформациях стопы, остеохондрозах, плоскостопии, деформирующем артрозе, но не в расширенных капиллярах. Тем не менее, расширенные капилляры являются серьезной проблемой молодых женщин, так как представляют собой существенный косметический дефект.

Начальные проявления истинного варикозного расширения вен.

Долгое время считалось, что первые проявления варикозной болезни в виде отдельных ветвей, появившихся под кожей, не требуют



лечения, следовательно, и не заслуживают внимания. В силу этого заблуждения, большинству пациентов, которые обращаются к хирургу поликлиники, в лучшем случае советуют принимать эскузан или пользоваться гепариновой мазью, в худшем, советуют ждать, пока вена «созреет», т.е. расширится на всем протяжении, и потом оперироваться. Это представление в корне неверно. Варикозное расширение требует внимания

с самого начала его развития. Дело в том, что венозная система состоит из отдельных вен, так же как зубной ряд из отдельных зубов. Никому же не приходит в голову рекомендовать человеку, у которого появились начальные признаки кариеса в одном зубе, рекомендовать подождать до того момента, пока кариес не поразит все зубы, чтобы потом их вырвать. В случае с варикозной болезнью, к сожалению, мы поступаем именно так.

Развитие варикозного расширения вен как правило носит этапный характер. На первом этапе у больных появляются отдельные венозные сегменты. Каких-либо тягостных проявлений при этом больные не испытывают. Вены, как правило, небольшого размера, ненапряженные, появление их не сопровождается отеками, судорогами или чувством тяжести. Эти явления присоединяются потом, по мере дальнейшего развития варикоза. Эти вены, как правило, являются притоками основного ствола большой или малой подкожной вены. В горизонтальном положении пациента они спадаются, при переходе в вертикальное положение начинают проявляться, к вечеру, становятся более заметными. Иногда пациенты отмечают, что кожа над венами становится «горячей», но это субъективное ощущение. Температура над веной реально повышается только тогда, когда вена воспаляется. К сожалению, большинство не только пациентов мужчин, но даже женщины, порой не обращают внимания на появившиеся венозные сегменты. Вены при этом претерпевают дальнейшее развитие, отдельные сегменты начинают увеличиваться в размерах, сливаться между собой, затем соединяются с основным стволом и возникает системное расширение во всей большой или малой подкожной вене.

Системное расширение подкожных вен.

Это расширение практически всегда сопровождается более или менее выраженными эпизодическими или систематическими отеками, довольно часто к ним присоединяются ночные судороги и чувство тяжести, особенно к вечеру.

К сожалению, даже такое расширение вен, далеко не всегда заставляет пациентов обратиться к врачу. Большинство людей связывает наличие болезни только с появлением значительных неудобств, связанных с развивающейся патологией, и на вопрос, почему они раньше не обращались за медпомощью, такие пациенты отвечают: «а меня раньше не беспокоили». Это означает, что наличие вен, само по себе мало беспокоит пациента. Он начинает волноваться только



тогда, когда у него появляются отеки, которые не проходят за ночь, боли в ногах, покраснение или потемнение кожи голеней, воспаление вены, внезапное кровотечение из вены или даже развивается язва. Следует сразу сказать, что развитие язвенных поражений при варикозной болезни – совершенно недопустимо. Это свидетельствует прежде всего о крайнем невнимании самих пациентов к собственному здоровью, а порой и о недостатках в организации медицинской помощи, недостаточной информированности врачей общей практики, терапевтов, врачей других специальностей о характере течения этого заболевания и его возможных осложнениях.

Запущенное варикозное расширение вен.

Для запущенных форм заболевания характерно возникновение трофических язв. Обычно они образуются на внутренней поверхности нижней трети голеней, в области медиальной лодыжки и сравнительно редко у латеральной лодыжки. Среди тяжелых осложнений ВРВНК наиболее часто встречается тромбофлебит, кровоизлияния и кровотечения. На фоне варикозного расширения вен, особенно при

наличии трофических язв, индуративных целлюлитов, наблюдаются также рожистые воспаления. Такого рода осложнения многократно повторяясь, отягощают болезнь. Особую опасность представляет рецидивирующее рожистое воспаление. Сочетание ВРВНК с лимфостазом отличается наиболее тяжелым течением с образованием длительно незаживающих трофических язв.

И все же, основная роль в сохранении собственного здоровья, принадлежит самому пациенту. В качестве примера хотелось бы привести случай из собственной практики. К нам обратился пациент, страдающий варикозным расширением вен нижних конечностей около 18 лет. Со слов больного, около десяти лет тому назад у него появилось



выраженное потемнение кожи по внутренней поверхности правой голени, а еще через два года, то есть восемь лет назад, впервые открылась язва. Поскольку наш пациент был жителем села, госпитализирован он был в районную больницу, где ему провели курс лечения, язва закрылась. Больному было предложено оперативное лечение, от которого пациент в силу определенных жизненных ситуаций в тот момент отказался. Выписывая его из больницы,

лечащий врач детально рассказал ему о причине возникновения язвы, рассказал, что необходимо делать в дальнейшем и обучил правильному бинтованию конечности эластическим бинтом, что больной и делал изо дня в день, на протяжении всех восьми лет. При осмотре обнаружено выраженное системное расширение большой подкожной вены правой нижней конечности с небольшим темным пятном на коже, диаметром не

более 1,5 см. на месте бывшей язвы. Поскольку пациент обратился для решения вопроса о дальнейшем лечении, ему была предложена и выполнена операция, которая прошла без осложнений, и через 2 месяца после операции больной окончательно снял эластический бинт. Этот пример ярко подчеркивает довольно избитый, но, тем не менее, очень правильный тезис, что здоровье человека находится в его собственных руках.

Если заболевание не лечить и после появления язв, наступают необратимые изменения за счет непроходящего хронического отека. Постепенно закупориваются мельчайшие лимфатические сосуды, конечности, в результате чего отек становится все более выраженным, становится деревянистым развивается лимфостаз и липодерматосклероз. Венозная недостаточность превращается в лимфовенозную, которая практически не поддается лечению.

ОСНОВНЫЕ КОНТИНГЕНТЫ

Существует устоявшееся мнение, что варикозное расширение вен нижних конечностей – это «женское» заболевание. Более того, часто приходится наблюдать, что мужчина, пришедший на консультацию по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей, смущен не столько наличием у него заболевания, как такового, сколько тем, что он пришел именно с варикозом. Это глубокое заблуждение. Все-таки, **основным фактором**, определяющим развитие варикозной болезни, является не пол пациента, а **наследственная предрасположенность**, а то, что женщины страдают варикозным расширением вен значительно чаще мужчин, связано в первую очередь с детородной функцией. Во время вынашивания плода и в ходе родов,

венозная сеть нижних конечностей подвергается дополнительной нагрузке. Кроме того, в это время в организме женщины происходит определенная гормональная перестройка, которая способствует ослаблению стенки вены, так же, как, впрочем, и применение гормональных контрацептивов. Итак, риск заболеть варикозным расширением вен возрастает ЕСЛИ:

У женщин

В роду есть носители варикозного расширения вен

Имеется избыточный вес

Беременность

Применяются гормональные контрацептивы

Работа связана с длительным сидением (конторские служащие) или стоянием (повара, парикмахеры)

У мужчин

В роду есть носители варикозного расширения вен

Имеется избыточный вес

Работа связана с большими физическими нагрузками (грузчики, спортсмены силовых видов спорта), длительным сидением (конторские служащие) или стоянием (хирурги)

ОСЛОЖНЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН

Как не допустить осложнений?

Внимание

Осложнением любого заболевания считается такое состояние, когда дополнительно к основным симптомам болезни присоединяются симптомы усугубляющие течение основного заболевания. Для варикозного расширения вен традиционными

осложнениями являются - кровотечение из варикозных узлов, тромбофлебит и трофические изменения, вплоть до развития язв. С этим положением можно было бы согласиться, однако мы считаем, что выделение в разряд осложнений только самых грубых проявлений варикозной болезни отвлекает внимание как самих больных, так и врачей, занимающихся диагностикой и лечением этого сложного и многообразного заболевания от менее ярких, но не менее тягостных ощущений, которые испытывают больные варикозной болезнью.

Таким образом, достаточно большая группа больных совершенно выпадает из поля зрения хирургов. В то же время, как мы видим, есть значительное количество пациентов, у которых компенсация физиологическая вовсе не соответствует наличию морфологических проявлений. Наличие у пациента больших, развитых венозных стволов, со значительными изменениями, носящими явно варикозный характер, при отсутствии патофизиологических проявлений, вызывает необходимость решать сложную тактическую задачу – оперировать или не оперировать такого больного.

Описанные выше жалобы строго индивидуальны. Нередко бывает так, что люди с обширными варикозными расширениями вен не предъявляют существенных жалоб.

Поставить правильный и точный диагноз можно только после всестороннего обследования больного. Нередко встречаются совершенно здоровые мужчины, реже женщины, у которых визуально на ногах определяются «расширенные вены». Но в результате исследования последних оказывается, что венозная система нижних конечностей соответствует норме. Поэтому нужно исследовать не только коллектор нижней полой вены, но и вены всего организма больного.

Вторичное ВРВНК является следствием другой патологии, о чем, собственно, свидетельствует его название. Первопричиной вторичного расширения, как известно, является перенесенный тромбофлебит или флеботромбоз глубоких вен нижней конечности, который сам по себе, как правило, также является вторичным заболеванием или осложнением такой патологии как патологическая беременность и роды, гинекологические заболевания, особенно опухоли, операции на брюшной полости, особенно на органах малого таза, переломы длинных трубчатых костей.

ПРОФИЛАКТИКА ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Вопросам профилактики варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей уделяется мало внимания. Это связано, в первую очередь с неопределенностью предпосылок, способствующих развитию варикозного расширения вен нижних конечностей. Сами методы профилактики существуют, однако, когда их надо применять, представляется не совсем ясным. Мы считаем, что применение их должно согласовываться с представлением о предрасполагающих и производящих факторах ВРВНК.

На сегодняшний день у нас не вызывает сомнения, что одной из важнейших причин варикозного расширения вен нижних конечностей является генетическая предрасположенность больного, однако, сведения о такой зависимости противоречивы. Согласно наших исследований, проведенных на специализированном флебологическом приеме, 67,4% больных указывают на наличие варикозного расширения вен у матери, отца, обоих родителей, либо о таком же заболевании у сестер и братьев отца или матери, у бабушки по отцовской или материнской линии. Примерно 15-16% пациентов не знают о наличии заболевания у

родственников по тем или иным причинам, и только примерно 15 % больных совершенно четко указывают на отсутствие варикозного расширения вен у близких. При осмотре подростков по предложенной нами методике было выявлено 5 больных варикозной болезнью нижних конечностей в различных стадиях ее развития из 246 обследованных, что составило 2,03 %. При этом любопытно, что среди выявленных нами больных было 4 юноши и 1 девушка. При анализе наследственного анамнеза установлено, что в 4 случаях из 5 (80%), оба родителя таких подростков страдают ВРВНК. Данные результаты свидетельствуют о четкой генетической связи в формировании предрасположенности к варикозному расширению вен нижних конечностей, что в настоящее время совершенно не учитывается при диспансеризации подростков и решении вопроса о проведении профилактики.

Среди женщин, имеющих наследственную предрасположенность, многие связывают начало заболевания также с беременностью и родами, отмечая при этом, что вены появились или во время беременности, или тотчас после родов. Кроме того, в эту группу вошли женщины, у которых незначительные проявления варикозного расширения вен нижних конечностей были до родов, но беременность и роды привели к значительному увеличению вен и быстрому прогрессированию болезни. В то же время, если расширение появилось не в процессе беременности и родов, а через год и более, мы не включали таких пациенток в группу больных, у которых беременность стала причиной ВРВНК. Таким образом, по нашим данным у 52,3% женщин комбинация наследственной предрасположенности с беременностью и родами послужили причиной развития варикозного расширения вен нижних конечностей. Кроме того, только беременность, при отсутствии наследственного фактора, способствует развитию ВРВНК у 15-17% больных.

У человека в положении стоя в покое даже при полноценной структуре клапанов и состоянии венозной стенки, гидростатическое давление в венах нижних конечностей равно высоте столба крови от правого предсердия до точки измерения на нижних конечностях. Если имеются полноценные клапаны, то они рассекают этот столб на отдельные фрагменты, снижают отрицательное действие на них толчкообразных нагрузок. Между тем при работе мышечно-фасциального насоса нижних конечностей, кровотока в них, в основном, осуществляется систолическими сокращениями мышц, кроме того, движение крови к сердцу обеспечивается остаточным систолическим давлением сердца, тоническими сокращениями венозной стенки и присасывающей силой грудной клетки.. Вследствие длительного действия высокого гидростатического давления на венозную стенку расходятся морфологически полноценные створки клапанов и наступает относительная клапанная недостаточность. Ввиду того, что из-за вертикального положения высокое гидростатическое давление у человека постоянно, развивается расширение вен. В подтверждение этой теории имеются данные о более частом заболевании варикозным расширением вен лиц, труд которых связан с длительным пребыванием на ногах (хирурги, продавцы), с подъемами больших тяжестей (грузчики, шахтеры), длительным сидением (бухгалтеры). Эти виды деятельности способствуют или длительному и часто повторяющемуся повышению внутрибрюшного давления, или застою в нижних конечностях, так как не работает мышечный насос нижних конечностей, что в конечном итоге приводит к затруднению оттока крови из вен нижних конечностей.

При анализе всех вышеперечисленных факторов становится ясно, что среди факторов способствующих развитию варикозного расширения вен нижних конечностей имеются факторы

предрасполагающие (наследственный фактор) и производящие (беременность, роды, тяжелая физическая работа, труд, связанный с длительным сидением, стоянием, малой подвижностью).

Исходя из этих предпосылок и следует составлять программу профилактики для каждого человека индивидуально. Варикозная болезнь вообще – заболевание требующее персонифицированного подхода. Это касается как лечения, так и профилактики. Следовательно, и программа профилактики должна строиться каждым человеком в соответствии с наличием у него предрасполагающих и производящих факторов.

Первое. Каждый пациент должен совершенно четко знать, были ли у него в роду больные варикозным расширением вен нижних конечностей. Выяснить это должен помочь врач, так как многие люди не считают заболеванием то, что не приводит к тяжелым нарушениям, поэтому многие пациенты не придают значения тому, что у ближайших родственников просто имелись вены, для них важно то, что у них не было язв и кровотечений. Поэтому именно врач должен помочь выяснить пациенту сам факт наличия варикозного расширения вен у родственников. Очень важно наличие ВРВНК у матери, у отца, бабушек и дедушек, братьев и сестер. При наличии такого анамнеза следует говорить об обязательной профилактике варикозного расширения вен.

Второе. Характер работы или рода деятельности как производящего фактора имеет очень существенное значение.

Работа, связанная с систематической малоподвижностью и длительным сидением, что присуще всем конторским работникам, способствует значительному ограничению работы мышц голени, что сопровождается исключением из функции венозного кровотока

мышечного насоса. Это затрудняет кровообращение по глубоким венам и приводит к застою во всей венозной системе нижних конечностей.

Работа, связанная с систематическим подъемом и переноской тяжестей. Основным вредоносным фактором в этом случае является повышение внутрибрюшного давления, что в свою очередь приводит к повышению давления в нижней полой вене и ее нижележащих ветвях, в том числе и во всех венах нижних конечностей.

Тот же механизм вредного воздействия на вены нижних конечностей заложен и в беременности – повышение внутрибрюшного давления – повышение давления в нижней полой вене - повышение давления в венах нижних конечностей.

По сходным причинам к производящим факторам можно отнести и избыточный вес.

Практически все специалисты по флебологии в качестве фактора риска развития варикозного расширения вен, а в особенности внутрикожных варикозов – «паучков», отмечают систематическое применение гормональных препаратов, к которым прежде всего относятся гормональные контрацептивы, причем в наибольшей степени это относится к современным контрацептивам.

Таким образом, профилактика варикозного расширения вен начинается с осознания ее необходимости, учитывая наличие наследственного фактора. Вторым существенным моментом является готовность самого пациента проводить профилактику ВРВНК так же привычно и систематически, как каждый цивилизованный человек проводит профилактику кариеса.

Методы профилактики:

Лечебная физкультура. Одним из самых часто встречающихся заблуждений среди пациентов, страдающих варикозной болезнью или готовых заниматься профилактикой является представление о том, что

при появлении признаков варикозного расширения, совершенно необходимо ограничить хождение, или как говорят пациенты – нагрузки на ноги. Как уже указывалось выше, активная работа мышц голени – это основной механизм, который обеспечивает правильный активный венозный кровоток в нижних конечностях, поэтому ограничение движений может только способствовать застою и ухудшить положение. Столь же неоправданно специальное избыточное повышение нагрузки на ноги, которое, якобы будет способствовать лучшему оттоку. Основным принципом лечебной физкультуры, как метода профилактики ВРВНК, является умеренная ходьба в темпе, который или не приводит к изменению частоты пульса, или увеличивает его незначительно. Одним из самых благоприятных видов спорта при варикозном расширении вен нижних конечностей является плавание, так как дает значительную нагрузку на мышцы нижних конечностей, при этом ноги находятся в горизонтальном положении. Кроме того, вода постоянно массирует ноги. Достаточно адекватной нагрузкой являются все виды легких физических упражнений включающих в себя танцевальные движения.

Уход за ногами и массаж. Эти виды профилактики также осуществляются самим пациентом, что требует от него прежде его внимательного отношения к самому себе. Во-первых, это соблюдение режима труда и отдыха. Любой человек, у которого возникают проблемы с ногами, требующие профилактики варикозного расширения вен, должен помнить, что надо соблюдать определенные условия в течение всей своей жизни. Если работа связана с постоянным сидением на одном месте, следует предусмотреть для себя чередование покоя и нагрузок хотя бы в виде 10-15 минутных прогулок в течение каждого часа работы. Эти прогулки не обязательно возводить в ранг ежедневной лечебной физкультуры или производственной гимнастики. Они могут быть естественным продолжением профессиональных занятий.

Например, если бухгалтеру нужно передать какой либо документ в соседний отдел, то лучше сделать это самому, чем поручать младшему коллеге. После рабочего дня, проведенного за письменным столом, лучше не садиться сразу в общественный транспорт, а сначала дойти до соседней остановки. Что касается отдыха, то он также должен иметь определенные особенности. Наилучшим следует признать отдых если и не в положении лежа, то хотя бы в низком кресле с ногами, положенными на пуфик или скамеечку. Иными словами, идеально, когда стопы находятся выше уровня таза. Можно также посоветовать пользоваться плоской подушкой, подложенной под ноги во время ночного сна. Поначалу это может показаться неудобным, однако это положение ног быстро входит в привычку и становится для человека естественным и даже комфортным. Очень много вопросов возникает в связи с характером обуви. Особенно этот вопрос волнует женщин, так как касается прежде всего возможности носить обувь на высоком каблуке. В этой связи можно сказать, что конечно, очень высокий каблук изменяет форму стопы и соответственно, характер работы мышц голеней. Разумеется, только с целью профилактики варикозного расширения вен не следует лишать женщину возможности пользоваться той обувью, которая ей нравится. В то же время, пациентке следует помнить, что определенную часть времени ей необходимо носить обувь, позволяющую эффективно работать мышечному насосу. Это может быть любая спортивная обувь, в том числе и эластичные нежесткие кроссовки. С целью профилактики варикозного расширения вен пациентам необходимо знать приемы специального самомассажа и систематически пользоваться им. В первую очередь речь идет о так называемом «отсасывающем» массаже. Его можно проводить сидя в кресле, на постели перед сном, можно сочетать с применением кремов и мазей для ног, в том числе и лечебных. Можно сочетать его с водными

процедурами, то есть проводить сидя в ванне наполненной водой как подводный массаж. Техника его проста. Массаж проводится поочередно на правой и левой конечности от пальцев стопы с последующим переходом на стопу, затем область сустава, нижнюю треть голени и далее до колена. Массаж не должен представлять собой простое поглаживание. Движения рук должны быть энергичными. Во время проведения массажа нужно представлять себе, что задачей его является как бы сцеживание «лишней» жидкости из периферических отделов конечности к центру. Приемам проведения отсасывающего массажа можно научиться у профессиональных массажистов.

Эластичная компрессия. На протяжении десятилетий с целью дозированного сдавливания поверхностных вен нижних конечностей при их варикозном расширении применялись эластичные бинты. Они вполне адекватно и надежно выполняли свою функцию, особенно в послеоперационном периоде, при наличии трофических нарушений, в том числе и трофических язв. В то же время применить эластическую компрессию в качестве профилактического средства, используя бинты, оказалось практически невозможно, так как сама процедура ежедневного бинтования, а также эстетические свойства бинтов не позволяют использовать их для этой цели. В последние годы все более широкое применение находит медицинский компрессионный трикотаж в виде гольфов, чулок и колгот. Подробнее на свойствах этих изделий мы остановимся в главе «ЛЕЧЕНИЕ», здесь же следует сказать о том, что некоторые фирмы, специализирующиеся на выпуске этих изделий, предлагают кроме лечебного еще и профилактический трикотаж, который, с нашей точки зрения, является идеальным средством в системе профилактики венозной патологии. Нами проводились клинические испытания компрессионного трикотажа производства BGTInternational (Испания), которые показали высокую

эффективность и качество изделий. Таким образом, одним из существенных методов профилактики является компрессионный трикотаж, обозначаемый как «0» (нулевой) или «1а класс компрессии», кроме того, он может иметь название «профилактический». В настоящее время есть много видов обычных чулок и колготок, в аннотации которых указывается на их компрессионное, поддерживающее воздействие. Возможно это так, однако истинным профилактическим трикотажем, все же следует считать изделия от тех производителей, которые специализируются на выпуске медицинского трикотажа. В то же время, применение даже профилактического трикотажа следует согласовать с врачом флебологом., так как есть ряд заболеваний, при которых применение компрессии противопоказано. К таким заболеваниям относятся все болезни, при которых нарушается артериальное кровоснабжение конечностей: облитерирующий атеросклероз, эндартериит, тромбангиит Бюргера, диабетическая ангиопатия. К счастью, у женщин, являющихся основными носителями варикозного расширения вен, первые три заболевания встречаются крайне редко, а о наличии диабета пациенты как правило знают. Поскольку истинный медицинский трикотаж достаточно дорог, применять его, как правило, следует при наличии факторов риска, о которых мы говорили выше, однако, следует заметить, что использование медицинского трикотажа, особенно профилактического, окажет благотворное влияние на состояние кровотока в конечностях даже при отсутствии каких-либо признаков венозной недостаточности. Иными словами, применение его кроме пользы ничего принести не может. Применять профилактический трикотаж можно либо повседневно, особенно если работа связана с ограничением подвижности, либо в предвидении какой либо тяжелой физической работы. Одевать его следует утром, не вставая с постели и

не опуская ноги вниз. Это правило, касающееся надевания компрессионного трикотажа вообще, сохраняет свое значение и для трикотажа профилактического. Профилактический трикотаж не поможет уже уставшим, натруженным ногам. Прежде чем прибегнуть к его применению в середине дня, следует вначале дать ногам отдых, положив их горизонтально, или придав несколько возвышенное положение, а затем сделав отсасывающий массаж.

Лекарственная профилактика. Вообще то, говорить о профилактическом приеме лекарственных средств, казалось бы, несколько абсурдно, но тем не менее, в разумных пределах такая профилактика возможна, а порой и необходима. Ряд ведущих специалистов в области флебологии (Е.Г.Яблоков, А.И.Кириенко, В.Ю.Богачев), одной из целей фармакотерапии считают именно профилактику в группе риска. В этой связи в первую очередь есть смысл говорить о витаминопрофилактике. Среди средств, применяемых в сосудистой хирургии, наибольшее значение имеют витамин «С» или аскорбиновая кислота, и рутин. На практике они встречаются в продаже в виде комбинированного препарата аскорутин. Рутин, или витамин «Р», относится к флавоноидам, является ангиопротектором. Применение его устраняет повышенную проницаемость капилляров, укрепляет сосудистую стенку, уменьшает ее отечность и воспаление. Он обладает антиагрегантным действием, что благотворно сказывается на кровообращении в самых мелких сосудах – микроциркуляции. Аскорбиновая кислота участвует в окислительно-восстановительном процессе в организме, участвует в синтезе коллагена, нормализует проницаемость капилляров. В организме человека аскорбиновая кислота не синтезируется, поэтому может попадать в него только извне в виде лекарственных препаратов. Вместе с аскорбиновой кислотой рутин действует более активно и эффективно. Кроме таблеток аскорутин, в

профилактических целях можно применять комплекс сбалансированных поливитаминов, содержащих аскорбиновую кислоту и рутин.

В качестве медикаментозных профилактических средств следует также обратить внимание на специальные гели. Применение их, с нашей точки зрения вполне оправдано, так как использование гелей сочетает в себе профилактику с уходом за ногами, поскольку непосредственно перед нанесением кремов и гелей, ноги должны быть безусловно тщательно вымыты (водные процедуры + гидромассаж). Нанесение кремов и гелей также содержит элементы массажа, более того поскольку их необходимо втирать досуха, применение гелей можно сочетать с отсасывающим массажем. Одними из самых распространенных препаратов этого ряда являются троксевазин-гель и меновазин. С профилактической целью достаточно втирать эти препараты один раз в сутки, вечером перед сном. Это способствует снятию напряжения в нижних конечностях и обеспечивает комфортный отдых.

В качестве профилактического средства можно рекомендовать настойку конского каштана, более известную как «Эскузан».

Его следует принимать по 15 капель 3 раза в день курсами по 3-4 недели с перерывом в 1-15 месяца.

Врачи общей практики довольно часто советуют пациентам с неопределенными ощущениями по типу чувства тяжести в ногах, применение гепаринсодержащих препаратов, таких как гепариновая мазь, мазь «Гепароид», «Лиотон 1000». Эти препараты содержат гепарин, мощное средство, снижающее свертываемость крови, причем в препарате «Лиотон 1000» количество гепарина во много раз выше, чем, например в гепариновой мази. Мы не можем с уверенностью сказать, что систематическое применение этих препаратов не повлияет на объем

кровопотери, например во время менструаций, не спровоцирует кровотечение при наличии язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки, не станет причиной гематурии. Поэтому от применения этой группы лекарственных средств в качестве меры профилактики варикозного расширения вен нижних конечностей, по-видимому, следует воздержаться.

Таким образом, лекарственная профилактика варикозного расширения вен представляет собой довольно ограниченный арсенал средств, однако следует учитывать, что речь идет о профилактике, а вовсе не о лечении. Кроме того, средства профилактики, как правило, представляют собой витамины и препараты растительного происхождения, являются природными средствами и почти не вызывают аллергических реакций или побочных действий. В то же время их применение желательно согласовывать с врачом. Все эти препараты не следует принимать одновременно, более приемлемо последовательное применение, сопровождающееся перерывами. Профилактика должна проводиться систематично, поэтому даже этот небольшой набор лекарственных средств можно правильно распределить и проводить лекарственную профилактику в течение всего года.

Подводя итог сказанному, следует отметить, что у врача, который рекомендует своему пациенту профилактику варикозного расширения вен, есть вполне солидный набор мероприятий, обеспечивающих ее проведение. Комплексное применение лечебной физкультуры, компрессионного трикотажа и лекарственной терапии – залог успеха.

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

На протяжении многих десятилетий понятие «лечение варикозного расширения вен нижних конечностей» для подавляющего большинства пациентов и врачей ассоциировалось с понятием «операция». Надо сказать, что этот стереотип существует и до сегодняшнего дня, причем не только среди пациентов, но и среди врачей, в том числе и специализированных отделений. К сожалению, этот подход породил совершенно неадекватное отношение и больных и хирургов к варикозному расширению вен, как к заболеванию, которое до определенного момента вообще не нужно лечить, а впоследствии необходимо оперировать. Парадоксальность этой ситуации очевидна. Венозная система человека так же состоит из отдельных вен, как зубной ряд – из отдельных зубов. Почему-то в стоматологии никому не приходит в голову говорить пациенту: у Вас имеется кариес только в двух зубах, поэтому надо подождать когда разрушатся остальные зубы, а потом все вырвать. По отношению к варикозному расширению мы поступаем именно так. При наличии отдельных варикозных ветвей, мы объясняем пациенту, что, мол, оперировать Вас рано, системного расширения еще не наступило, поэтому надо ждать, а затем всю измененную вену удалить. В лучшем случае рекомендуем принимать лекарства, облегчающие проявляющиеся отеки, судороги, чувство тяжести. В то же время, современный взгляд на лечение варикозного расширения вен нижних конечностей коренным образом отличается от сложившейся, почти вековой традиции. Современная флебология (наука о венах и их заболеваниях) стремится к сопровождению пациента от профилактики, при наличии факторов риска, через все этапы развития заболевания, принимая при этом участие в поэтапной коррекции

физиологических, функциональных и анатомических изменений, до радикального вмешательства при системном расширении и послеоперационной системной реабилитации на протяжении всей последующей жизни пациента. Только на этом пути возможно дальнейшее расширение круга наших знаний в области флебологии и совершенствование методов профилактики и лечения.

Консервативное лечение

Понятие «консервативное лечение ВРВНК» само по себе несколько неопределенно. Некоторые авторы включают в это понятие все виды нехирургического лечения, начиная от витаминотерапии и заканчивая склеротерапией. Другие, называя склерозирующее лечение склерохирургией, к консервативному лечению относят только терапию лекарственную и компрессионную, кто-то компрессионную терапию выделяет в самостоятельный метод лечения. Мы всегда стояли на таких позициях, что термин, определяющий то или иное медицинское действие, должен быть обязательно очень точным, и недвусмысленно отражать суть лечебного или диагностического процесса. Поэтому в разряд консервативных методов лечения мы включаем только неинвазивные методы воздействия на патологию. К ним следует отнести: лечебную физкультуру, компрессионные методы лечения, массаж и физиотерапию, лекарственную терапию.

Консервативное лечение может быть как основным, так и вспомогательным терапевтическим методом. Показания к нему должны быть ограничены. В основном, консервативное лечение в чистом виде применяется у больных старческого и преклонного возраста с глубокими нарушениями сердечно – сосудистой деятельности; у женщин во второй

половине беременности; у больных, страдающих сопутствующим тромбооблитерирующим поражением нижних конечностей; у пациентов, категорически отказывающихся от хирургического лечения; у больных тяжелыми соматическими заболеваниями.

Обязательным условием для успешного консервативного лечения является постоянное ношение эластических бинтов или чулок, которые сдавливают подкожные вены, улучшая регионарный кровоток, так как при этом кровь оттекает через систему коммуникантных вен в глубокие, окруженные мощным мышечно-венозным насосом. Если сдавление подкожных вен достаточное, почти полностью исключается горизонтальный систолический сброс крови из системы глубоких вен в подкожные. В результате нормализуются обменные процессы устраняется гипоксия тканей и замедляются трофические изменения в пораженной конечности.

В случаях осложнения ВРВНК трофическими язвами применяются эластическоебинтование нижней конечности с местной компрессией в области язвы или цинк – желатиновая повязка. В консервативном лечении трофических язв, развившихся вследствие ВРВНК, цинк – желатиновая повязка, несомненно, сыграла значительную роль среди методов консервативной терапии, хотя в настоящее время является методом изрядно забытым. Такая повязка обеспечивает заживление не менее 90% трофических язв. Больные ведут активный образ жизни и нередко сохраняют трудоспособность; не требуется посещения поликлиники и частых перевязок, не возникает сенсibilизации кожи под влиянием применяемых местно различных препаратов. К сожалению, после снятия повязки через некоторое время вновь появляются язвы, и начинается новый виток в лечении варикозного расширения вен.

В качестве обязательного компонента консервативного лечения применяются лекарственные препараты.

Лечебная физкультура

Вопросам использования лечебной физкультуры для профилактики и лечения варикозного расширения вен нижних конечностей, в специальной хирургической литературе внимания не уделяется вообще. Между тем, практически каждый хирург, работающий в поликлинике, сталкивается с необходимостью назначать лечение больным ВРВНК, которым по тем или иным причинам отказывают в операции. Лекарственный арсенал при этом скуден, поэтому применение ЛФК представляется нам не только оправданным, но и необходимым методом лечения. Мы, в своей практической работе, как правило, расширяем понятие лечебной физкультуры, включая в него кроме специальных занятий, режим труда и отдыха пациентов, страдающих варикозным расширением вен. При этом выясняется, что подавляющему большинству пациентов никто и никогда не говорил о необходимости проведения каких либо специальных мероприятий и физических упражнений для разгрузки венозного русла. Назначая лечебную физкультуру пациентам с



ВРВНК, следует исходить из простой, может даже несколько механистической идеи: клинический синдром варикозного расширения вен – это результат избыточного наполнения кровяного русла нижних конечностей. Если этот тезис поставить во главу угла, становится очевидным, что в основу ЛФК должны быть положены два механизма:

а) гидростатическая разгрузка венозного русла.

б) динамическая разгрузка венозного русла.

Гидростатическая разгрузка предполагает улучшение оттока крови из нижних конечностей с использованием силы тяжести. Сюда относятся: применение шины Бёлера при лечении венозной недостаточности, возвышенное положение конечности во время сна, а также пассивного отдыха пациента днем. Особенно важно применение возвышенного положения нижних конечностей несколько раз в сутки, а также во время сна, особенно у пациентов, чей характер работы связан с самым неблагоприятным положением в течение рабочего дня – длительным неподвижным сидением. В группы риска входят: бухгалтеры, швеи, сборщики на конвейерах, кассиры и ряд других профессий, у которых рабочее место привязано к стулу или креслу, а также станочники, хирурги, чья работа связана с многочасовым стоянием на одном месте. Таким пациентам следует рекомендовать отдыхать или лежа, или сидя, с ногами приподнятыми хотя бы до уровня таза. Во время сна можно рекомендовать подкладывать под ноги невысокую (плоскую) подушку. Очень редко встречаются пациенты, которых наличие такой подушки раздражает. Как правило, к ней привыкают быстро, и в дальнейшем пациент ее просто не замечает.

Динамическая разгрузка венозного русла осуществляется при хождении, когда включается мышечный насос, который осуществляет активный отток крови по глубоким венам, разгружая при

этом и поверхностные. Работникам, вынужденным в течение дня сидеть, так же как и при профилактике ВРВНК, следует рекомендовать 10-15 минутные прогулки через каждые 1 – 1,5 часа, или хотя бы периодические тыльно-подошвенные сгибания стоп для активизации мышц голеней. При уходе за ногами очень полезно привыкнуть регулярно массировать их, в том числе и с применением специальных гелей и мазей.

Из спортивных занятий для пациентов, страдающих ВРВНК, наиболее предпочтительным является плавание, поскольку в плавании сочетается активная работа мышц нижних конечностей с горизонтальным положением. Достаточно адекватными спортивными занятиями являются все виды спортивных упражнений, включающих немонотонную работу ног, игровые виды, аэробика. Вполне адекватной является ненапряженная



прогулочная ходьба. Противопоказанными следует считать спортивные упражнения с отягощениями или поднятием тяжестей. С осторожностью надо прибегать и к силовым тренажерным упражнениям даже для плечевого пояса, так как в момент напряжения повышается внутригрудное и внутрибрюшное давление, что в свою очередь ухудшает отток из нижних конечностей.

Компрессионная терапия

Как уже было сказано выше, паучки не вызывают нарушений кровообращения, однако они являются серьезной проблемой для молодых женщин, так как представляют собой существенный косметический дефект. Кроме того, паучки могут существовать как самостоятельные образования, однако могут быть предвестниками настоящего варикозного расширения вен. При появлении первых «паучков» следует обратиться к врачу флебологу, который назначит и проведет соответствующее лечение, однако еще до обращения к специалисту Вы должны знать, что в настоящее время имеется прекрасное средство профилактики, способное предупредить или хотя бы приостановить дальнейшее развитие болезни – это лечебно-профилактический трикотаж.

До недавнего времени наши представления о компрессионной терапии ограничивались эластическими бинтами, хотя, справедливости ради надо отметить, что в свое время в Советском Союзе выпускались специальные эластические чулки. В настоящее время на территории республики выпускается эластичная лента, которая может использоваться для компрессионной терапии. Однако эта продукция не классифицирована по силе компрессии и выпускается в недостаточном количестве. Тем не менее, опытный врач, пользуясь этой продукцией, может подобрать соответствующую силу компрессии в момент наложения бинта.

Основные разработки специализированного компрессионного трикотажа в настоящее время проводят несколько крупных фирм, в частности “mediBayreth” и “Sigwaris”. Они выпускают широкий ассортимент компрессионного трикотажа для нижних конечностей в виде гольфов, коротких и длинных чулок, а также колготок. Вся эта продукция выпускается в 4 классах компрессии. Применение каждого

класса определено фирмой производителем на основании собственных разработок. Мы приводим данные по фирме “mediBayreth” (терминология производителя) (табл. 7.1).

Применение компрессионной терапии в комплексе с другими лечебными мероприятиями должно стать неременным компонентом в лечении варикозного расширения вен нижних конечностей.

Таблица 7.1

Классы компрессии	Показания к применению
1 класс. Легкая компрессия	«Синдром тяжелых ног», склонность к отекам, для профилактики варикозного расширения вен во время беременности, начальная форма ВРВНК, в том числе при наличии ретикулярных вен и телеангиоэктазий (ретикулярная форма варикозного расширения вен нижних конечностей) компрессия: 18,4 –21,1 мм рт. ст. на лодыжке.
2 класс. Средняя компрессия	Варикозное расширение вен нижних конечностей, в т.ч. у беременных, в качестве компрессионной терапии при флебосклерозировании или после флебэктомии. Профилактики тромбоза глубоких вен в группах риска. Острый тромбофлебит. компрессия: 25,2-32,3 мм рт. ст. на лодыжке.
3 класс.	Варикозное расширение вен нижних

Сильная компрессия	<p>конечностей с трофическими расстройствами.</p> <p>Посттромбофлебитическая болезнь, для заживления язв, тромбозов глубоких вен.</p> <p>Лимфовенозная недостаточность.</p> <p>компрессия: 36,5-46,6 мм рт. ст. на лодыжке.</p>
4 класс. Очень сильная компрессия	<p>Лимфедема. Врожденные аномалии венозной системы.</p> <p>компрессия: свыше 59 мм рт. ст. на лодыжке.</p>

В настоящее время в Республике Беларусь зарегистрированы: итальянский «RelaXsan» и американский «Venoteks». В отличии от европейского трикотажа у американского три класса компрессии в пределах той же линейке давлений (от 18 до 48 мм.рт.ст.), поэтому компрессия несколько выше. Российский трикотаж представлен пока только чулками, однако эта продукция вполне выполняет свою функцию, а кроме того значительно дешевле импортных образцов. Преимуществом российского трикотажа является также то, что он выпускается по одному чулку в упаковке, что очень удобно для пациентов, имеющих проблемы с одной ногой. По степени компрессии российский трикотаж отличается от импортного тем, что при его назначении следует рекомендовать пациенту изделие на один класс компрессии выше, чем импортного, то есть, вместо первого – второй, вместо второго – третий. Профилактический трикотаж незаменим если Ваша работа связана с длительным пребыванием в положении сидя или стоя.

Начальные проявления истинного варикозного расширения вен.

Конечно, когда врач-флеболог говорит Вам о том, что начальные признаки варикозного расширения у Вас уже есть, это не приносит радости, тем не менее, своевременно начатое лечение способно значительно задержать развитие болезни, отодвинуть появление тягостных ощущений. При такой форме варикозного расширения вен, чаще всего применяется склерозирующее лечение, однако и до него, и после, наиболее эффективным средством лечения и профилактики прогрессирования заболевания, является компрессионный трикотаж. При лечении этой формы варикозного расширения вен, как правило применяется трикотаж первого класса компрессии (легкое сжатие). Такой трикотаж также позволяет избавиться от чувства тяжести в ногах, дневных отеков, ночных судорог и для профилактики варикозного расширения вен у беременных.

Системное расширение вен.

Лечение заболевания в данной стадии уже становится совершенно необходимым, и одним из важнейших компонентов лечения является компрессионный трикотаж второго класса компрессии (нормальное сжатие). Этот трикотаж позволяет не только снизить риск осложнений, но и вполне заменит эластические бинты после склерозирующего лечения, или операции. У больных пожилого возраста, а также пациентов, выполнение операции или применение наркоза у которых невозможно из-за наличия сопутствующих заболеваний (рис. 4). Компрессионный трикотаж является важнейшим средством сдерживания развития заболевания, причем следует сразу сказать, что применение только лекарственной терапии без компрессионного

трикотажа – это 30% успеха, применение только трикотажа без лекарственной терапии – 70%.



Запущенное варикозное расширение вен.

Из практики известны примеры, использования ежедневного бинтования конечности на протяжении 8 – 10 лет. Но бинтование трудный процесс. Далеко не всегда пациентам удастся правильно распределить давление бинта по ходу конечности, бинт может внезапно размотаться в самой неподходящей ситуации. Несомненно, оптимальным решением является применение трикотажа. При наличии

заживших трофических язв, используется, как правило, трикотаж третьего класса компрессии (высокое сжатие), который позволяет бороться с постоянными отеками, дерматитами, болями, трофичес-



кими нарушениями, посттравматическим отеком. Компрессионный трикотаж третьего класса с успехом может применяться при посттромбофлебитическом синдроме лимфовенозной недостаточности.

Массаж и физиотерапия

Вопрос о применении массажа при варикозном расширении вен нижних конечностей остается открытым. Главным контраргументом применения массажа является возможность фрагментации и миграции тромботических масс с последующими тромбозмболическими

осложнениями или генерализации инфекции при остром тромбозе. Теоретически, вероятно, эти опасности существуют, однако на практике применение массажа при острых состояниях не производится, что же касается холодного периода, то применение массажа, с нашей точки зрения, не противопоказано.

Преимущество мы отдаем так называемому «отсасывающему» массажу, который способствует улучшению оттока. Он производится от периферии к центру, начиная от пальцев стопы с последующим переходом на голень. Приемам массажа может быть обучен сам пациент, причем производить он их может в двух вариантах – обычным образом, сидя на диване или постели, а также как подводный массаж, сидя в ванне. Отсасывающий массаж может применяться с самых ранних стадий заболевания. Разумеется, при наличии язвенных поражений, применение такого массажа не представляется возможным.

Физиотерапия применяется, как правило, при осложнениях варикозного расширения вен нижних конечностей, при тромбозах, дерматитах, трофических язвах. Наиболее широко применяются тепловые процедуры (парафин, озокерит), магнитотерапия, гидротерапия, лазеротерапия при трофических язвах.

Лекарственная терапия

При лечении варикозного расширения вен нижних конечностей применяются разнообразные лекарственные препараты и различные лекарственные формы:



Пероральные (принимаемые внутрь) – таблетки, капсулы, настойки;

инъекционные и инфузионные препараты;

препараты местного применения – мази и гели.

Как правило, при ВРВНК, не осложненной тромбофлебитом или тяжелым нарушением микроциркуляции, применяются пероральные и местные препараты.

По механизму действия различают препараты

- улучшающие реологические свойства крови (эскузан, аспирин, бутадион),
- ангиопротекторы (аскорбиновая кислота),
- флеботоники (анавенол, венорутон, троксевазин),
- препараты устраняющие микроциркуляторные расстройства (трентал, теоникол).

Применение лекарственной терапии при варикозном расширении вен нижних конечностей также не может быть стандартизовано, как и лечение ВРВНК в целом. Выбор метода лечения, в том числе и лекарственного, зависит от характера жалоб, наличия отеков, флебитов, дерматитов, язв и других осложнений варикозного расширения вен нижних конечностей. Одно можно утверждать с уверенностью, что консервативное лечение больных с варикозным расширением вен должно быть систематическим, если это нужно, то курсовым, а в ряде случаев перманентным. Отсутствие тяжелых осложнений вовсе не означает, что больной не должен проходить лекарственного лечения. Существуют функциональные нарушения, которые несмотря на кажущуюся незначительность, существенно снижают качество жизни больных, поэтому курс лечения подбирается в соответствии с теми клиническими проявлениями, которые существуют у конкретного больного. Часто возникает вопрос, как назначать

перечисленные препараты – все вместе в виде ударного курса, или последовательно, но более продолжительно. Мы считаем, что при стационарном лечении больных с осложнениями ВРВНК, эти препараты могут назначаться вместе, при этом возможно также применение внутривенных препаратов, например реополиглюкина, физиотерапии, компрессионной терапии и других методов лечения.

Флеботоники и флебопротекторы. К ним относятся препараты различных классов. Практически каждому больному назначался рутин по 0.05 г х 3 раза в сутки внутрь, как средство, способствующее снижению проницаемости и хрупкости капилляров. Промышленностью выпускается как «Аскорутин» в комбинации с аскорбиновой кислотой в таблетках, содержащих по 0.05 г обоих препаратов. Кроме того из группы флеботоников назначался венорутон-300 (в капсулах) 3 раза в день после еды, или венорутон-500 (в таблетках) по два раза в день. Троксевазин при стационарном лечении назначали, как правило, в инъекциях по 5 мл через день. В дальнейшем, после выписки, рекомендовали продолжить прием препарата в виде капсул, содержащих 0,3 г препарата по 1 капсуле два раза в день во время еды. При отсутствии у больного дерматита, рекомендовали применения троксевазина в виде геля, 1 раз в сутки вечером, втирать в кожу голеней. При угрозе развития трофических расстройств применяли гливенол по 800 мг в сутки, с рекомендацией дальнейшего применения после выписки на протяжении 2-х месяцев.

Средства улучшающие микроциркуляцию. Применяли препараты никотиновой кислоты (теоникол, ксантиноланикотинат), в том числе и ассоциированные со спазмолитиками (никошпан).

Дезагреганты. Из препаратов улучшающих реологические свойства крови для внутривенного введения, применяли реополиглюкин или реоглюман по 400 мл через день внутривенно капельно. Из

препаратов перорального применения, использование которых может быть продолжено после выписки из стационара наиболее часто применяли трентал по 1200 мг в сутки.

Нестероидные противовоспалительные препараты. Применение этих препаратов ограничено наличием у больных ряда сопутствующих заболеваний (гастриты, язвы желудка и 12-ти перстной кишки). Наиболее часто применяемый препарат из этой группы – ацетилсалициловая кислота. Вопрос о дозировке этого препарата окончательно не решен, однако как антиагрегант, он как правило применяется в дозе 125 мг в сутки, однако мы иногда применяли его в дозе 0,25 г х 3 раза в сутки, на протяжении 3 – 4 дней, когда требовалось и противовоспалительное действие. Прием препарата осуществлялся после или во время еды. Обязателен контроль количества лейкоцитов периферической крови.

Антикоагулянты. В практике лечения ВРВНК мы никогда не пользовались непрямыми антикоагулянтами. Мази на основе гепарина (гепариновая мазь, лиотон), часто используемые в поликлинике, не нашли широкого применения в нашей практике, так как при остром процессе (тромбофлебит, дерматит) не может быть правильно применен способ введения препарата (втирание), при отсутствии тромботических проявлений мы не видим смысла в его применении на фоне других препаратов.

Гормональные препараты. Применялись в виде мазей при лечении дерматитов, развившихся на фоне ВРВНК. Нами использовались гидрокортизоновая, преднизолоновая мази, мазь «Оксикорт». Целью применения этих препаратов была быстрая ликвидация воспалительного процесса в коже. Для длительного использования данные препараты больным не рекомендовались.

В то же время у больных в послеоперационном периоде, при наличии незначительного расширения вен, при наличии противопоказаний к хирургическому и склерозирующему лечению порой бывает необходимо назначить поддерживающую лекарственную терапию. Основанием для назначения такого лечения является наличие функциональных проявлений хронической венозной недостаточности. В таком случае мы рекомендуем последовательную схему. В ней могут меняться препараты и длительность их применения, однако общий принцип ее состоит в том, что пациент с наличием функциональных нарушений получает поддерживающую терапию практически круглый год.

Таблица

Название препарата	Количество препарата	Режим приема
Детралекс (таблетки)	100 шт.	По 1 капсуле 2 раза в день. Перерыв 1-1,5 месяца.
Эскузан	2 флакона	По 15 капель 3 раза в день. Перерыв 1-1,5 месяца.
Троксевазин (гель)	2 тубика	Втирать в кожу голеней 1 раз в сутки, вечером. Перерыв 1-1,5 месяца.

Аскорутин	1 упаковка	По 1 таблетке 3 раза в день. Перерыв 1-1,5 месяца.
-----------	---------------	---

При необходимости курс можно повторять.

СКЛЕРОТЕРАПИЯ

На протяжении всей истории склерозирующей терапии перед врачами вставал ряд вопросов, которые до сего времени не имеют четкого, определенного, а тем более, однозначного ответа.

Первый вопрос – является ли склерозирующая терапия самостоятельным методом лечения или ее следует рассматривать как вспомогательную методику в системе комбинированного лечения варикозной болезни. Вопрос и на сегодняшний день является достаточно сложным по ряду причин, таких как объем вмешательства, анатомические и функциональные результаты, а также наличие рецидивов истинных или ложных. В значительной степени ответы на эти вопросы заключаются в формировании подходов к выбору объекта воздействия, иными словами показаний к склерозирующей терапии, поставленных перед собой целей, техники проведения лечения и методов контроля, а также новых подходов в формировании оценок результативности применяемого метода.

Что касается показаний к склерозирующей терапии, то в этом вопросе до сих пор нет единого мнения, однако мы считаем, что вопрос о показаниях в большой степени решается на основе предлагаемой нами классификации. При этом предполагается, что именно правильная

классификация дает возможность определить как выбор метода лечения, так и объем и цель, которую ставит перед собою врач.

Если рассматривать в этой связи неосложненные формы варикозной болезни, то мы считаем их, безусловно, показанием к склерозирующей терапии, при этом целью проводимого лечения является ликвидация косметического или анатомического дефекта имеющегося у больного.

Лечение неосложненного варикоза, с нашей точки зрения, также возможно с помощью склерозирующей терапии, при этом, как и при компенсированных формах, этот метод следует считать базисным, а не вспомогательным, однако лечение этой стадии преследует уже две цели, а именно, ликвидацию анатомических и функциональных нарушений.

Формы варикозной болезни, сопровождающиеся ХВН 2-3 стадии, по нашему глубокому убеждению, требуют хирургического вмешательства, так как склерозирующая терапия не может претендовать на тот уровень радикализма, который требуется для лечения декомпенсации. Более того, наша многолетняя хирургическая практика свидетельствует о том, что у таких больных имеются зияющие перфорантные вены, что приведет к быстрому рецидиву заболевания.

Рецидивы варикозной болезни после радикальных операций, по нашему мнению, также могут лечиться методом склерозирующей терапии, тем более, что оперативным лечением ложных рецидивов, особенно не вызывающих функциональных нарушений практически не занимается никто.

Вторым важным вопросом при определении места склерозирующей терапии является вопрос о рецидивах заболевания после однажды проведенного лечения. Вопрос актуален, так как при ликвидации, например, косметических дефектов или малораспространенных анатомических дефектов в первой стадии

варикозной болезни, ложные рецидивы, связанные с последующим расширением еще не проявившихся на момент лечения венозных стволов, почти неизбежны. Однако громадным преимуществом склерозирующей терапии, на наш взгляд, является именно то, что повторение процедур по мере появления новых варикозных стволов или узлов не ограничено ни их количеством, ни временем появления от момента первичной процедуры.

Таким образом, склерозирующая терапия, в отличие от оперативного лечения, может быть представлена как метод этапного лечения этапно же развивающейся патологии. В такой ситуации говорить о неудовлетворительных результатах по анатомическому признаку или рецидивах применительно к склерозирующей терапии становится просто бессмысленно.

Foam-form терапия (пенная склеротерапия) нашла множество поклонников среди специалистов по склеротерапии варикозной болезни. Использование вспененного препарата, по мнению сторонников этого метода, имеет значительные преимущества перед введением жидкого раствора. Преимущество первое состоит в том, что пена обладает высокой адгезивной способностью, обволакивает стенку сосуда и уменьшает контакт стенки вены с кровью, остающейся в просвете сосуда, несмотря на все попытки опорожнить вену до введения препарата. Пена вытесняет остатки крови более эффективно, чем жидкий препарат. Второе преимущество foam-form терапии связано с возможностью динамического контроля распространения склерозирующего препарата по вене с помощью ультразвуковой визуализации этого процесса. Пена, содержащая воздух, непрозрачна для ультразвука, и поэтому на экране монитора УЗ аппарата можно четко проследить направление и протяженность ее распространения, что облегчает врачу выбор места последующей пункции. Несомненным

преимуществом пенной формы является возможность заполнения бóльшего объема венозного русла. Практически все производители склерозантов ограничивают объем одномоментного введения препарата десятью-двенадцатью миллилитрами однопроцентного раствора. Для обычной склеротерапии это ограничение не имеет существенного значения, однако для стволовой интраоперационной склеротерапии, сторонником которой мы, кстати, не являемся, может понадобиться бóльшее количество препарата. В этой ситуации пенная форма может дать возможность заполнить всю вену, не превышая максимальной дозировки рекомендуемой предприятием-изготовителем. Следует отметить, что в инструкции, в частности, к этоксисклеролу написано, что пенная форма является устаревшей методикой, однако это заявление можно рассматривать только как мнение. Прямых запретов и противопоказаний к использованию именно пенной формы не имеется. Для получения стойкой пены из препарата существуют специальные переходники, соединяющие два шприца. Вспенивание производится *ex tempore*, перед самым введением препарата путем энергичного перемещения равных долей препарата и воздуха из одного шприца в другой. Пена нестойкая, и через несколько минут оседает. Эффективность пенной формы склерозанта не отличается от применения жидкого раствора. Кроме того, создается впечатление, что при применении пенной формы уменьшается количество таких неприятных осложнений склеротерапии, как гиперпигментация кожи по ходу вены.

Приступая к флебосклерозирующей терапии, следует исходить из того, что больной приходит к врачу с заболеванием, хотя уже и существующим, но далеко не всегда причиняющим ему какие-либо неудобства, особенно это относится к больным с неосложненной формой варикозного расширения, и привнесение в это заболевание

каких-либо осложнений является совершенно недопустимым. Поэтому скрупулезное выполнение всех правил проведения лечебных манипуляций являлось залогом успеха.

Что касается склерозирующей терапии, то в настоящее время практически не подвергается сомнению амбулаторный характер этой процедуры. Таким образом, вопрос об активном поведении больного отпадает сам собой. Мы считаем, что период непосредственно после инъекции препарата больными должен быть проведен активно. Имеется в виду обязательное хождение больного после процедуры, по крайней мере, в течение 30-40 минут. Основная цель обязательного хождения после процедуры склерозирующей терапии состоит, как нам представляется, в необходимости увеличить объем и скорость кровотока по глубоким венам и этим воспрепятствовать возможности контакта склерозирующего препарата хотя бы на короткое время со стенками глубоких вен. Препарат же, попавший в большой поток крови, становится неопасным из-за быстрого снижения его концентрации.

В повседневной работе нами используется пенная склеротерапия 1% Этоксисклеролом по стандартной методике.

Проведенные нами исследования позволяют сделать вывод о том, что использование стволовой склеротерапии в системе БПВ, а также попытки склерозирования отдельных узлов, располагающихся, как правило, в проекции крупных перфорантов Бойда и Додда, приводит к полному или частичному истинному рецидиву (восстановление кровотока по склерозированной вене) более чем в 85% случаев в течение первых 1-1,5 лет.

Применение склеротерапии в лечении варикозного расширения МПВ приводит к 10-12 процентам истинных рецидивов (как правило, большой узел у места перехода МПВ в подфасциальное пространство), и

к 15-18 % ложных рецидивов (появление новых вен), которые следует рассматривать просто как прогрессирование заболевания, следовательно, продолжать склеротерапию.

Склерозирование притоков БПВ, если расширение их не сопровождается расширением ствола, как правило, не дает истинных рецидивов, тогда как количество ложных достигает 20-30%, однако, при правильном информировании пациентов о характере их заболевания, они правильно реагируют на появление новых вен и повторно обращаются для продолжения лечения прогрессирующей патологии.

Склерозирование вены Джакомини практически не дает истинных рецидивов и очень редко – ложные.

Ретикулярные вены вне связи с капиллярным варикозом, изолированно встречаются редко, однако их пенная склеротерапия дает очень хороший и стойкий результат, который в нашей практике ни разу не отмечен какими-либо рецидивами. Очень важно проводить склерозирование ретикулярных вен, которые находятся в сочетании с капиллярным варикозом, так как введение склерозанта в ретикулярную вену, очень часто приводит к заполнению и большой зоны капиллярных расширений.

Склеротерапия без предварительных условий показана:

- При капиллярном варикозе;
- При сегментарном варикозной трансформации участка любой поверхностной (надфасциальной) подкожной вены
- При наличии поверхностных (надфасциальных) притоков БПВ и отсутствии рефлюкса по стволу БПВ;
- Вены Джакомини на всем ее протяжении;
- Всех надфасциальных ветвей малой подкожной вены при отсутствии большого узла в зоне перехода МПВ в подфасциальное пространство;

Склеротерапия при определенных условиях показана:

- При наличии поверхностных (надфасциальных) притоков БПВ и ликвидированном рефлюксе по стволу БПВ (после лазерной или ВЧ аблации ствола);
- При наличии поверхностных (надфасциальных) притоков БПВ на голени и дистальном рефлюксе внутренней краевой вены (после ее перевязки);
- При наличии поверхностных (надфасциальных) притоков БПВ на голени и рефлюксе по перфорантам Коккета (после его ликвидации, например, субфасциального эндоскопического клиппирования или диссекции);
- Всех надфасциальных ветвей малой подкожной вены после ликвидации (клиппирования или перевязки) устья большого узла в зоне перехода МПВ в подфасциальное пространство;

В качестве исключения склеротерапия может быть проведена при наличии вены типа «канавка» у пожилых пациентов, которым противопоказано оперативное лечение, длительное время страдавших варикозной болезнью, у которых в последнее время начал появляться зудящий или мокнувший венозный дерматит на голени. Учитывая, что дерматит – это предвестник язвы, а его ликвидация хирургическими методами невозможна, следует проявить понимание ситуации пациента и произвести паллиативную склеротерапию на голени. Технические приемы будут рассмотрены на практических занятиях.

Мы никогда не проводим склеротерапию вен стопы и приустьевого отдела БПВ в связи с наличием короткого пути к глубоким венам.

Компрессия склерозированной вены может осуществляться по-разному, однако все специалисты, занимающиеся склерозирующей терапией, едины в одном: после введения препарата блокированная вена

должна быть сжата. Причина этому проста. Если после введения препарата оставить вену без компрессии, она заполнится через притоки кровью, и облитерация ее будет происходить по типу тромбофлебита, хотя бы и асептического. Не вдаваясь в исторические экскурсы, следует признать, что поиск в этом направлении в принципе следует считать законченным. Основой для создания адекватной дозированной компрессии непосредственно после введения, следует считать эластические бинты и профессиональный компрессионный трикотаж. Имеются различные варианты временных прокладок, которые следует подкладывать под бинт на первые сутки, однако по нашему мнению наилучшим средством для изготовления прокладок является поролон, нарезанный на полосы различной ширины и толщины. Длина прокладок варьируется в зависимости от заблокированного во время каждой отдельной инъекции сегмента. Мы считаем необходимым после блокирования вены сдавить ее специальной прокладкой немедленно (первичное бинтование). С этой целью во время массажа заблокированной вены определяется примерная длина зоны блокирования и ее ширина, а также точка для следующего введения препарата. Помощник подбирает подходящую по ширине прокладку. Не опуская ногу с подставки, к ней прижимается прокладка и фиксируется временным фиксатором из отрезка эластического бинта. При временной фиксации прокладки фиксатор накладывается плотно, при этом бинтование удобнее производить от центра к периферии конечности. Это позволит при наложении основного бинта (основное бинтование), который бинтуется, как известно, начиная от стопы в проксимальном направлении, постепенно снимать временный фиксатор, и бинтовать ногу основным бинтом не сдвигая прокладку и не ослабляя давление на нее.

Как подтверждают наши наблюдения, одних суток специальной прессации заблокированной вены с помощью прокладки бывает вполне

достаточно, чтобы получить начальный этап «склеивания» вены, однако непрерывная компрессия в течение 2-3 суток, предпочтительнее. В первый раз снять бинт на ночь больным можно разрешить вечером следующего за пункцией дня, в то же время, если пациент не испытывает дискомфорта, он может не снимать бинт и несколько дней. Иными словами между инъекцией и первым снятием бинта проходит от одних до 2 –3 суток. Пациенту необходимо подробно разъяснить, что бинт следует снимать уже лежа в постели, когда нога лежит горизонтально. После этого вставать не рекомендуется. Следует обучить больных правильному бинтованию, так как от этого на 50% зависит успех лечения. Пациент должен знать, что бинтование следует производить утром, не вставая с постели, не опуская ногу, и только после этого ему разрешается ходить.

К основным неудачам склерозирующей терапии следует в первую очередь отнести:

1. Неполное склерозирование.
2. Отсутствие выраженного косметического эффекта при «тонкой» вене.
3. Формирование гроздевидных тромбов.
4. Рецидив варикоза.

Неполное склерозирование происходит, как правило, по следующим причинам: а) низкая концентрация раствора для данного типа вен; б) наличие крупного перфоранта в зоне узла; в) наличие артериовенозных коммуникаций.

Неполное склерозирование в результате применения низких концентраций препарата происходит из-за неправильного выбора концентрации в соответствии со структурой вены.

Хотя мы и считаем, что имеется три отдельных фактора, способствующих данной неудаче, однако трудно отделаться от

впечатления, что в ряде случаев малая концентрация комбинируется с наличием крупного притока. Наличие крупного притока мы можем выделить в самостоятельную причину тогда, когда по всем клиническим и гидродинамическим признакам мы до начала лечения видим мощный узел, имеющий активный приток, который по тем или иным причинам невозможно блокировать до начала лечения. Наиболее часто такая ситуация встречается при изолированном расширении малой подкожной вены с наличием узла в месте выхода перфоранта. В таких случаях попытка предварительного блокирования выше- и нижележащих сегментов вены не приводит к сколько-нибудь значительному снижению кровенаполнения узла. Поэтому в тактическом плане в таких случаях правильнее в первый сеанс или произвести изолированное блокирование узла достаточно концентрированным препаратом с использованием большого объема введения от 2-2,5 до 5 мл раствора или одновременная блокада наиболее крупных подкожных притоков и непосредственно узла. И в том и в другом случаях, узел, как правило, не удастся полностью блокировать с первого раза и во время последующих сеансов при условии отсутствия воспалительной реакции, следует произвести повторное введение препарата в узел.

Формирование гроздевидных тромбов является одновременно и неудачей и осложнением лечения, зависящим, прежде всего от врача.

Основным методом профилактики его является правильный отбор больных. Погоня за количеством может привести к пренебрежению в правильной оценке характера вены, вольное или невольное сокращение списка ограничений с одновременным расширением списка показаний к склерозирующей терапии.

Наиболее часто гроздевидные тромбы образуются на месте больших узлов, прежде всего, располагающихся по внутренней поверхности голени, в верхней ее трети, ближе к подколенной ямке.

Этому способствует ряд причин, первой из которых является неточный выбор тактического рисунка склерозирующей терапии, неправильное определение последовательности инъекций, о чем мы уже говорили в разделе о ликвидации крупных солитарных узлов.

Хирургическое лечение

Сто лет тому назад начался бурный расцвет хирургии, связанный с разработкой методов асептики и антисептики, что привело к появлению научно обоснованных, богато снабженных патофизиологическим, анатомическим, гистологическим материалом оперативных вмешательств, многие из которых не только дожили до наших дней, но успешно и широко используются в практике. Конец 19 и начало 20 веков – это время торжества хирургии в лечении варикозного расширения вен нижних конечностей.

Выбор метода операции зависит от формы варикозного расширения вен, наличия перфорантов, их размеров, интенсивности кровенаполнения венозных стволов в прямом и обратном направлении, а следовательно от наличия и характера клапанной недостаточности, возможного пути ее преодоления с помощью простых оперативных приемов, или пластических операций. Планируя операцию, хирург должен совершенно отчетливо представлять себе три позиции:

1. Венозную гемодинамику нижних конечностей в норме.
2. Венозную гемодинамику у больных варикозным расширением вен.
3. Венозную гемодинамику нижних конечностей у конкретного больного, которому предстоит операция.

Отдаленные результаты лечения варикозного расширения вен нижних конечностей приведены в таблице.

ОЦЕНКА	Количество о пациентов	%
Отлично	40	36
Хорошо	27	24,3
Удовлетворительно	24	21,6
Неудовлетворительно	20	18,1
ИТОГО:	172	100

Малоинвазивные технологии

Эндовазальная лазерная облитерация может рассматриваться как компонент комплексного хирургического лечения. Её применение позволяет уменьшить операционную травму, сократить длительность оперативного вмешательства, избежать возникновения гнойно-некротических осложнений, уменьшить длительность нахождения больных в стационаре более чем в два раза.

Показанием к лазерному хирургическому лечению варикозного расширения вен является наличие стволового варикоза диаметром 6 - 15 мм и клинических проявлений Х В Н. Расширение показаний к лазерной абляции только на основании заключения УЗИ о наличии несостоятельности остиального клапана, является необоснованным.

ТРОМБОФЛЕБИТ.

Острый варикофлебит осложняет течение варикозной болезни у 13,6 – 17,2 % больных. Практически ежедневно хирургам приходится решать вопросы, связанные с тактикой лечения данной патологии. Неправильное или несвоевременное лечение тромбофлебитов вен

нижних конечностей может привести к развитию посттромбофлебитического синдрома или тромбоэмболии легочной артерии.

Тромбофлебит поверхностных вен на пустом месте не возникает. Он развивается, как правило, в варикозных венах. Почему он возникает там? Если следовать условиям, которые соответствуют триаде Вирхова, мы видим, что замедление кровотока налицо, а повреждающий фактор в виде переохлаждения, скрытой инфекции, травмирования стенки вены, всегда наготове. Повреждающим фактором является чаще всего воспалительная реакция. Поэтому заболевание называется тромбофлебит, т.е. тромбоз следует за воспалением и развивается совместно, хотя по данным клиники В.С.Савельева, изначально этот процесс носит асептический характер.

Клиническая картина варикотромбофлебита в общем не представляет из себя сложности. Мы видим варикозные узлы, которые в какой-то момент становятся не мягкими, эластичными, а уплотняются, становятся напряженными, тугими, болезненными при пальпации. Вокруг зоны тромбофлебита возникает зона воспаления с покраснением, с повышением температуры и нарушением функции. Больному плохо ходить, т.к. в воспалительный процесс вовлекаются сопутствующие нервные стволы и мышцы.

Диагностика же распространенности патологического процесса и оценка состояния глубоких вен на основании клинических данных затруднена, а в ряде случаев вообще невозможна. Поэтому необходимо шире использоваться дуплексное ангиосканирование. При восходящем характере тромботического процесса в поверхностных венах выполнение этого исследования следует считать обязательным, т.к. оно позволяет оценить протяженность тромба и локализацию его верхушки.

Здесь возникает вопрос: амбулаторная или госпитальная патология варикотромбофлебит? В принципе, если тромбофлебит возник на очень ограниченном участке варикозной вены, то такого больного можно лечить амбулаторно, тем не менее, следует рассмотреть несколько сценариев развития варикотромбофлебита:

Сценарий первый:

Тромбоз дистальных отделов большой или малой подкожных вен либо их притоков. Тромботический процесс локализуется дистальнее коленного сустава при поражении большой подкожной вены и ниже сафенопоплитеального соустья при поражении малой подкожной вены. Угроза эмболии лёгочных артерий отсутствует. В дальнейшем тромбофлебит либо стихает, либо переходит в один из следующих типов.

Лечение заключается в следующем:

1. Активный режим. Может быть ограничено из-за болезненности, но не запрещено хождение. Полное выключение мышечного насоса может только усугубить ситуацию.

2. По оставшимся нетромбированным венам должен быть ускорен кровоток. Это достигается по возможности (если больному не очень больно) эластическимбинтованием конечности. Как только бинтом сдавливаются оставшиеся подкожные вены, кровоток ускоряется по глубоким венам, улучшается отток. Поэтому, если больной чувствует себя лучше при бинтовании, то лучше забинтовать ногу эластическим бинтом.

3. Предупреждение продолженного тромбоза. Здесь нет необходимости прибегать к таким мощным методам, как применение гепарина. Здесь достаточно применение легких антиагрегантов таких, как аспирин, плавикс, клопидогрель. Причем аспирин можно применять

не только в дозе антиагрегантов по 100-125 мг, но и в обычной дозировке по 0,3, 0,25 2-3 раза в день, тогда он будет оказывать свое действие и как антиагрегант, и как противовоспалительный препарат. Из венотоников и протекторов, средств улучшающих лимфоток дренаж, следует применять детралекс, флебодиа-600, гинкор-Форт и другие аналогичные препараты. Кроме того, если воспалительный процесс носит жесткий характер (болезненность, ярко выраженное покраснение), то можно дополнительно назначать любые нестероидные противовоспалительные препараты.

4. Местное лечение. Принцип любого местного противовоспалительного лечения состоит в том, чтобы применяемые препараты обладали противовоспалительным и дегидратирующим действием. В этом смысле, самым адекватным препаратом является спирт разведенный до 40-50°. Разумеется, самым большим недостатком полуспиртовых компрессов является их быстрое высыхание, и их надо обновлять 4-6 раз в сутки поэтому, можно порекомендовать размешивание спирта с вазелиновым маслом, глицерином (спирт-вазелиновые или спирт-глицериновые повязки). Применяются противовоспалительные компрессы с мазью Вишневского. Но есть одна особенность при ее применении: ее не надо перекладывать несколько раз Повязка должна быть намазана жирно, накладываться как компресс на 2-3 дня, не снимая. Такая повязка обладает противовоспалительными и дегидратирующими свойствами. После снятия повязки можно наблюдать снятие отека.

Таков круг лечебных мероприятий, который мы используем при первом варианте тромбофлебита варикозных вен. Как правило, этими методами удастся воспалительный процесс прекратить.

Дальше больному следует бинтовать ногу в течение 2-3 недель эластическим бинтом. По прошествии этого времени больной должен

обратиться к хирургу, который назначает день операции. Лучше всего, месяца через 2 после окончания воспалительного процесса. Но в течение этих двух месяцев больной должен беречься от возникновения нового тромбофлебита, т.к. он может повториться. Лечение такого типа тромбофлебита может быть амбулаторным.

При устье впадения большой подкожной вены в бедренную вену существует остиальный клапан. Он существует для того, чтобы при кровотоке не было обратного заброса крови из глубокой вены. При норме кровь идет из поверхностных вен в глубокие. Кровоток в глубоких венах всегда более быстрый, и поэтому из поверхностных вен собирается все вглубокие. Основной носитель крови – глубокие вены, которые работают за счет мышечного насоса.

Когда происходит варикозная трансформация большой подкожной вены, когда она расширяется таким образом, что даже устье ее становится шире, а клапанные створки остаются на местах, и возникает относительная недостаточность остиального клапана.

В чем же проблема?

Сценарий второй:

Когда тромбофлебит варикозных вен на голени не имеет стабилизировался в тех венах где и возник, то проблемы нет. Если же тромбофлебит варикозных вен имеет тенденцию к распространению в проксимальном направлении, то возникает ситуация, когда тромботические массы начинают формироваться в большой подкожной вене на бедре, что может в конечном итоге привести к формированию продолженного тромбоза, распространяющегося на бедренную вену. При этом очень велика вероятность тромбоэмболии легочной артерии. Опыт подсказывает, что тромботический процесс опережает внешние проявления воспаления на 20-30 см. Таким образом, при обнаружении признаков воспалительной реакции в проекции БПВ в области

коленного сустава, можно с большой долей вероятности предположить, что тромботические массы уже достигли границы средней и верхней трети бедра.

Восходящий тромбофлебит является угрозой для жизни больного. Поэтому, если у пациента тромбофлебит большого участка вены, достигающего почти до коленного сустава, это больные – госпитальные, то есть такой пациент должен быть направлен в хирургический стационар с диагнозом «восходящий тромбофлебит большой (малой) подкожной вены».

Больные с острым восходящим тромбофлебитом большой и малой подкожных вен должны быть оперированы в экстренном порядке, так как существует реальная возможность распространения тромботического процесса на глубокие вены и развития тромбоэмболии легочной артерии, а во

Оптимальной операцией является флебэктомия по Троянову-Бэбкоку-Нарату-Коккету. При восходящем тромбофлебите допустима изолированная операция Троянова-Тренделенбурга с обязательной обработкой всех притоков устья, рассечением и даже иссечением участка БПВ или МПВ длиной 3-6 см. Оперативное лечение при восходящем тромбофлебите показано когда воспалительный процесс с голени доходит до коленного сустава, так как известно, что тромботический процесс идет впереди воспалительного на 20-30 см. Раннее оперативное лечение острых тромбофлебитов является безопасным, высокоэффективным и экономически целесообразным. Если хирург не владеет в полной мере операцией радикальной флебэктомии, которую можно выполнить сразу же, то хотя бы он должен сделать операцию кроссэктомии, чтобы предотвратить распространение тромботического процесса в глубокие вены.

Радикальная операция не показана при:

- остром тромбофлебите без тенденции к распространению;
- при мигрирующих тромбофлебитах;
- при сочетанном поражении поверхностных и глубоких вен;

противопоказана:

- у больных пожилого и старческого возраста с декомпенсацией сердечно-сосудистой системы, неподдающейся коррекции;

• при тромбофлебитах у онкологических больных;
не производится:

- при отказе больных от операции, при условии, что больной информирован о последствиях.

Сценарий третий:

Распространение тромбоза поверхностных вен через соустья на глубокую венозную систему. Клинически, без УЗ исследования отличить третий тип поверхностного тромбофлебита от второго часто невозможно, но если мы считаем, что второй тип тромбофлебита является патологией стационарной, то третий, и подавно. Пациента следует немедленно отправить в хирургическое отделение.

Лечение таких пациентов состоит в первую очередь из тромбэктомии из глубокой вены + кроссэктомии, но операция может быть продолжена и выполнена стволовая флебэктомия или полная флебэктомия с удалением притоков.

Сценарий четвертый:

Распространение тромбоза поверхностных вен на перфорантные вены. Подлежит направлению в стационар. Основа лечения – кроссэктомия + тромбэктомия из перфорантной вены; или тромбэктомия из перфорантной вены + тотальная флебэктомия.

Сценарий пятый:

Симультанный тромбоз поверхностных и глубоких вен. Лечение стационарное – кроссэктомия + парентеральные антикоагулянты; или кроссэктомия + перевязка поверхностной бедренной вены; или тромбэктомия из общей бедренной вены или подвздошной вены + перевязка поверхностной бедренной вены + кроссэктомия или имплантация кава-фильтра или пликация нижней полой вены (показаны во всех случаях, если не выполняется радикальная флебэктомия). Парентеральные антикоагулянты необходимы всем больным этой группы

Тромбофлебиты мышечных вен. Иногда пациент обращается к врачу с жалобами на боли в ноге. При ощупывании одна голень мягкая, а другая плотная. На сегодняшний день часто ставится ошибочный диагноз: тромбофлебита глубоких вен голени. Для тромбофлебита мышечных вен не характерно наличие периферического отека конечности. Тромбируются только мышечные вены, то, что раньше называлось миозит. Мышца сама воспаляется крайне редко, а вот вены, проходящие через мышцы, могут быть измененные и могут тромбироваться. Возникает тромбофлебит. Патология амбулаторная, не госпитальная. Принципы лечения те же, что и при лечении поверхностных вен.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Болезни артерий и вен / А.Г.Евдокимов, В.Д.Тополянский. – М.: МЕД-пресс-информ, 2012. – 256 с. : ил.
2. Варикозная болезнь: советы и рекомендации по лечению и профилактике: научно-популярная литература / П. В. Ситников. - Ростов н/Д: Феникс, 2010. - 157 с.

3. Соколов А.Л., Лядов К.В., Луценко М.М. Лазерная облитерация вен для практических врачей. М.: ИД «Медпрактика-М».- 2011. -136 с.
4. Шайдаков Е.В., Петухов А.В. Илюхин Е.А. Качество жизни, связанное с хроническими заболеваниями вен // Флебология, 2011. -Т.5., No 3.- С.64-68
5. Шевченко Ю. Л., Стойко Ю. М., Мазайшвили К. В. Лазерная хирургия варикозной болезни.— М., 2010.— 195 с.
6. Дибиров М.Д. Трофические язвы.- М.: НовЛек-М.- 2007.-230 с.

Учебное издание

Петухов Владимир Иванович

Варикозная болезнь нижних конечностей

методические рекомендации
для самоподготовки врачей общей практики

Редактор Петухов В.И.

Технический редактор

Компьютерная верстка Петухов В.И.

Подписано в печать _____ г. Формат бумаги 64x84/16

Бумага типографская №2. Ризография.

Усл. печ. л. ____ Уч.-изд. л. ____

Тираж ____ экз. Заказ ____

Издатель и полиграфическое исполнение

УО «Витебский государственный

ордена Дружбы народов медицинский университет»

ЛИ № 02330/0549444 от 14.12.2020

Пр-т Фрунзе, 27, 210009, г.Витебск.